

Malattie Infettive
Piano per la preparazione e la risposta ad
emergenze di sanità pubblica a livello nazionale

Dalla sorveglianza al controllo delle emergenze

Redazione a cura di: Francesca Russo¹, Francesca Zanella², Anna Ferraresso³, Rosella Piccolo³, Rosanna Ledri⁴, Barbara Pellizzari⁵, Beatrice Romare⁵, Rosanna Mel⁶, Sandro Cinquetti⁵.

Aggiornamento della precedente edizione "MALATTIE INFETTIVE: Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica a livello nazionale. Dalla sorveglianza al controllo delle emergenze".

Si ringraziano i partecipanti al corso "Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle malattie infettive - livello aziendale" che hanno contribuito a stilare la precedente edizione.

Stampa: Tipografia Fincato – Vicenza Stampato anno 2017.

Copia del volume può essere scaricata dal sito Internet della Regione del Veneto all'indirizzo: <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/sistema-di-sorveglianza-delle-malattie-infettive>

1. Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
2. U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica, Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
3. Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 6 Euganea (ex ULSS 17)
4. Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 9 Scaligera (ex ULSS 22)
5. Coordinamento Regionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - Regione del Veneto
6. Servizio Igiene e Sanità Pubblica Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 1 Dolomiti (ex ULSS 1)

PREMESSA

Nonostante i notevoli progressi conseguiti nell'ambito della prevenzione, le malattie infettive continuano a rappresentare per la Regione del Veneto una priorità in ambito di Sanità Pubblica, in virtù della loro peculiare trasmissibilità, considerando anche che rappresentano attualmente la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce come emergenza *“ogni situazione in cui il personale ed i mezzi disponibili in un determinato territorio risultano insufficienti all'attuazione di un efficace intervento sanitario. Si tratta di avvenimenti improvvisi che richiedono un'azione immediata ed efficace e che possono essere dovuti a cause epidemiche, naturali e tecnologiche”*.

Le emergenze in sanità pubblica di natura infettiva costituiscono un evento straordinario, che può rappresentare un rischio significativo per la collettività, e richiedono una risposta sanitaria rapida e precisa. Per questo motivo, sono necessari lo sviluppo e la pianificazione di strategie di intervento per garantire una risposta coordinata, al fine di contenere il pericolo per la salute pubblica.

A livello nazionale, il Ministero della Salute richiede alle Regioni la predisposizione di Piani di emergenza regionali, al fine di assicurare un approccio sistematico per la gestione delle emergenze di natura infettiva, volto a garantire la presenza di risorse umane, mezzi e capacità operative decisionali, in grado di operare con continuità per affrontare tempestivamente il rischio di una crisi sanitaria.

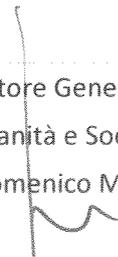
Nella nostra Regione è stato creato, sia a livello aziendale che regionale, un modello organizzativo strutturato, capace di garantire un rapido e tempestivo intervento per controllare la diffusione di agenti patogeni. Un esempio è rappresentato dal *“Piano regionale di sorveglianza integrata delle malattie da vettori”*, che contribuisce a garantire una rete intersettoriale attraverso meccanismi di coordinamento e strumenti di analisi e comunicazione.

Il presente Manuale, aggiornato e completato, alla luce delle nuove evidenze scientifiche, rispetto alla precedente edizione del 2012, vuole offrire al professionista di Sanità Pubblica uno strumento a supporto delle attività di sorveglianza delle malattie infettive, di facile consultazione e con informazioni puntuali per affrontare i vari problemi che si pongono al verificarsi di un caso sospetto di malattia infettiva.

Il documento è organizzato secondo la seguente struttura: una parte dedicata alle informazioni generali sulla malattia, una sezione sulle modalità di segnalazione e sui provvedimenti da adottare nei confronti dei soggetti esposti e dell'ambiente, una parte sulle misure di profilassi.

Con l'auspicio che questa nuova edizione, rivista anche nella sua veste grafica, sia di valido supporto nell'attività di coloro che operano nel campo delle emergenze in sanità pubblica di natura infettiva, auguro a tutti un buon lavoro.

Il Direttore Generale
Area sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan



INDICE	PAG.
Introduzione	7
Comitato per l'emergenza di sanità pubblica (CESP)	9
Antrace (Carbonchio)	11
Botulismo	17
Brucellosi	19
Chikungunya (malattia da virus o febbre da)	21
Colera	25
Creutzfeld-Jacob (malattia di)	27
Dengue	29
Encefalite da zecche (TBE: Tick Borne Encephalitis)	31
Epatite Virale Acuta da Virus A	33
Epatite Virale Acuta da Virus B	34
Epatite Virale Acuta da Virus C	35
Epatite Virale Acuta da Virus D	36
Epatite Virale Acuta da Virus E	37
Febbri Emorragiche Virali (VHFS) Ebola e Marburg	39
Febbre di Lassa	43
Febbre Gialla	47
Febbre Tifoide	51
Forme Invasive da Haemophilus Influenzae	53
Forme Invasive da Neisseria Meningitis	55
Forme Invasive da Pneumococco	57
Infezione da HIV	69
Infezione da Rosolia in gravidanza / Sindrome da Rosolia Congenita	71
Influenza	75
Legionellosi	79
Leptosirosi	89
Listeriosi	91
Malaria	95
MERS-CoV (Sindrome Respiratoria Medio-Orientale)	99

Morbillo	101
Morbo di Hansen	105
Peste	107
Poliomielite Acuta (Paralisi Flaccida Acuta)	111
Rabbia Umana	113
Rosolia	117
Salmonellosi non Tifoidee	119
Scabbia	121
Shigellosi	131
Tetano	133
Tossinfezioni Alimentari	137
Trichinosi	139
Tubercolosi	141
West Nile	145
Zika Virus	149
Altre infezioni per le quali è previsto un flusso di sorveglianza. Infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi	151
Glossario	153
Bibliografia	155
Riferimenti normativi	158

INTRODUZIONE

Nella Regione Veneto, con la DGR n. 443 del 20/03/2012, è stato istituito un modello organizzativo permanentemente strutturato, capace di rispondere con elevato profilo organizzativo e gestionale ad emergenze sanitarie, con particolare riferimento a quelle di natura infettiva.

Affrontare le emergenze sanitarie richiede una identificazione puntuale delle figure coinvolte che rispondano ad una organizzazione multisettoriale. A questi elementi si aggiunge la necessità di costituire delle reti intra-aziendali ed inter-aziendali.

Risulta indispensabile la gestione dell'informazione e della comunicazione, che comprende:

- la sorveglianza epidemiologica e clinica;
- i dati sui servizi;
- la diffusione dell'informazione, in quanto la coerenza e la precisione dei messaggi destinati al pubblico è essenziale per tutelare la fiducia nella capacità delle autorità di far fronte ad una emergenza ed evitare una crisi sanitaria.

Per tale motivo, si è istituito un Comitato aziendale per l'emergenza in sanità pubblica, con capacità di intervento intersettoriale e capace di determinare chi fa che cosa, come e quando, con quali risorse e con quale risultato atteso.

L'intervento sanitario comprende l'individuazione e il riconoscimento dei casi, la presa in carico dei soggetti interessati, le misure di protezione della salute pubblica, la protezione del personale di primo intervento, la prevenzione della diffusione delle malattie con l'individuazione dei contatti e l'applicazione delle misure di profilassi previste.

Importante è, quindi, la presenza in ogni Azienda ULSS di un **Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)**, istituito dal Direttore Generale, quale nucleo direzionale sanitario, sia nella fase di preparazione della risposta all'emergenza sia in corso di crisi.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione attiva il **Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)**.

Inoltre, in un secondo momento, con Decreto n. 14 del 05/06/2013 e successivo decreto n. 182 del 21/10/2014, è stato costituito il **Gruppo Operativo a Risposta Rapida Regionale (GORR Regionale)** con il compito di assicurare, in caso di evento emergenziale, un approccio coordinato di investigazione, controllo e comunicazione, nonché di supportare le Aziende ULSS nelle attività di preparazione, verificando l'applicabilità dei piani e delle procedure operative.

La sorveglianza rimane punto fondamentale nel controllo delle emergenze. Questo documento riprende le procedure operative che vengono utilizzate nel territorio regionale e che sono state aggiornate rispetto al precedente lavoro: "MALATTIE INFETTIVE: Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica a livello nazionale. Dalla sorveglianza al controllo delle emergenze".

Per ogni malattia presa in considerazione sono riportati sinteticamente gli aspetti clinici, i tempi previsti per la notifica, i provvedimenti da adottare nei confronti del malato, dei conviventi, dei contatti e sull'ambiente, le norme di profilassi (sommministrazione di vaccini, immunoglobuline, farmaci) e il flusso di segnalazione (flow chart).

Inoltre, sono inserite nel presente documento anche:

- le schede di notifica specifiche per le malattie per le quali è previsto il flusso speciale;
- le istruzioni operative per alcune malattie infettive, che rappresentano uno strumento di supporto per gli operatori di Sanità Pubblica.

Il documento è stato concepito come uno strumento di lavoro, di facile e rapida consultazione, rivolto agli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Sanitari di Base, Direzioni dei Presidi Ospedalieri, nonché ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta.

La sorveglianza ha come obiettivo finale l'utilizzazione dei dati per la prevenzione, il controllo delle malattie infettive e il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

La notifica obbligatoria delle malattie infettive costituisce il flusso informativo alla base di tutto il sistema di sorveglianza, perché permette di definire e confrontare tra le ULSS e con le altre Regioni o i diversi Paesi l'incidenza delle malattie infettive.

Le informazioni, raccolte mediante l'utilizzo della *Scheda di segnalazione di Malattia infettiva*, forniscono il dato sull'incidenza delle malattie infettive, ma il loro limite è rappresentato dal fatto che permettono una analisi epidemiologica limitata all'andamento nel tempo della malattia, alla residenza, all'età e al sesso dei soggetti colpiti.

Queste informazioni sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente programmi di controllo. Sono stati istituiti, pertanto, sistemi di sorveglianza speciali, finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche relative a determinate malattie e, in particolare, alla presenza di fattori di rischio, al quadro clinico, all'agente

eziologico, alle misure di profilassi pre o post-esposizione, alle caratteristiche dell'ambiente di acquisizione e altre ancora.

La sorveglianza delle malattie infettive nel Veneto, come nel resto del Paese, soffre di alcune carenze "storiche", quali la sottonotifica dei casi, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede, che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, come la messa in atto degli interventi di profilassi post-esposizione, il controllo delle epidemie, la verifica dell'efficacia degli interventi di controllo, ecc.

Nel sistema di notifica delle malattie infettive il punto critico è rappresentato dal punto di partenza della segnalazione. La mancata segnalazione o il ritardo della segnalazione sono dovute nella maggior parte dei casi alla scarsa motivazione alla notifica, più che alla non conoscenza dell'obbligo di questa.

Tra le cause della scarsa motivazione si individuano la non conoscenza dell'utilità dei dati epidemiologici, la scarsa ripercussione nell'operatività clinica quotidiana, le difficoltà operative della segnalazione.

Nella regione Veneto le notifiche di malattia infettiva vengono inserite in un software web-based SIMIWEB, nel quale è prevista una sezione per l'inserimento delle schede di alcune malattie che hanno un "flusso speciale" (tubercolosi, malattie batteriche invasive, malaria).

Questo sistema di rilevazione, che verrà implementato anche con l'introduzione di sezioni riguardanti i flussi speciali di altre malattie, consentirà l'inserimento delle schede in una sola piattaforma, semplificando il lavoro degli operatori.

COMITATO PER L'EMERGENZA DI SANITA' PUBBLICA (CESP)

Il Comitato è presieduto dal Direttore Sanitario o, per delega, dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione ed è costituito da:

- Direttore Sanitario
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto¹
- Direttore del Presidio Ospedaliero
- Coordinatore dei Distretti
- Direttore dello SPISAL e Direttore del Servizio Veterinario coinvolto
- Responsabile del Servizio Infermieristico
- Direttore della Farmacia

Fanno parte del comitato e partecipano, quando la situazione lo richieda, un referente ARPAV, un referente IZSVe, il Direttore del Laboratorio di riferimento.

Il CESP è convocato dal Direttore Sanitario o, per delega, dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione. Il Direttore Sanitario può disporre il trasferimento, in via di urgenza, di personale da un ambito territoriale all'altro secondo necessità.

All'atto dell'attivazione dell'allarme di emergenza il CESP è limitato a pochi componenti (Comitato ristretto), in particolare è costituito da Direttore Sanitario, Direttore del Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Punto di contatto e Direttore del Presidio Ospedaliero e ha il compito di valutare, alla luce delle prime evidenze:

- che l'evento costituisca un'emergenza di sanità pubblica;
- quali siano i componenti e le unità operative da attivare;
- le prime misure da intraprendere e la definizione delle fasi operative.

IL GRUPPO OPERATIVO A RISPOSTA RAPIDA (GORR).

Il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR), che assolve a funzioni di "*epidemic intelligence*"², è costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione e si occupa della gestione dell'emergenza di sanità pubblica con capacità di attivazione elevata.

Le funzioni del GORR sono:

- **raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico;**
- **comunicazioni di informazioni e coordinazione delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti;**
- **allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale e delle attrezzature necessarie.**

Il suo funzionamento è disciplinato da un regolamento che dovrà essere proposto al CESP dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Il GORR sarà, in fase iniziale di non emergenza, costituito da 6 figure professionali:

1. punto di contatto,
2. un assistente sanitario,
3. un medico SPISAL,
4. un medico SIAN,
5. un tecnico della prevenzione,
6. un veterinario.

¹**Punto di Contatto (PC):** preferibilmente un medico del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, è definito come la figura che deve essere sempre contattata se si verifica un'emergenza sanitaria e che si interfaccia con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e per suo tramite con il Direttore Sanitario per l'attivazione del comitato ristretto e coordina il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR).

Per **Epidemic Intelligence (EI)** si intende correntemente un processo che comprende l'identificazione, la verifica e l'analisi di eventi che possano rappresentare un pericolo per la salute pubblica. L'EI, comprende, pertanto, attività che vanno dalla messa a punto di sistemi di allerta fino all'indagine delle epidemie. A tal fine, è necessario integrare le informazioni provenienti dai tradizionali canali della sorveglianza epidemiologica - o di altri sistemi di raccolta routinaria di dati - con altre provenienti da fonti anche informali su qualsiasi evento di rilevanza per la salute pubblica (rif. ECDC).

Il Gruppo Operativo, che deve agire in tempi rapidi, ha le seguenti funzioni:

- prende in carico l'evento;
- acquisisce le informazioni sugli eventi rilevati tramite le attività di sorveglianza e/o conosciuti attraverso i sistemi di allarme rapido e la valutazione del loro potenziale patologico;
- coordina e comunica le informazioni relative all'evento ricevute dai competenti Attori;
- valuta la situazione sulla base degli elementi noti;
- predispone il piano di intervento con le risorse e l'equipaggiamento da mettere in campo;
- adotta le prime misure necessarie per il controllo dell'evento;
- identifica i casi e individua i contatti;
- adotta le prime misure di profilassi;
- informa il Direttore del Dipartimento di Prevenzione e per suo tramite il Direttore Sanitario;
- supporta le informazioni all'Autorità sanitaria locale e alla popolazione rendendo disponibili le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi, allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.

Presso la sede del GORR è predisposto e stoccato il materiale per l'emergenza:

veicoli aziendali;

- sistemi di comunicazione mobili, terminali informatici, computer portatili, macchine fotografiche digitali, registratori, etc;
- borse trasporto materiali, materiali sanitari per prelievi biologici, materiali per campionamenti
- borse per il trasporto campioni, etichette adesive numerate, diario evento, scheda anagrafico-clinica, etc;
- scorta farmaci/vaccini;
- DPI;
- e quant'altro necessario.

Gli operatori devono essere riconoscibili tramite opportuni sistemi di identificazione.

Per poter rendere attivo questo processo operativo, in caso di emergenza di natura prevalentemente infettiva, devono essere attivate delle procedure che abbiano le seguenti caratteristiche:

- devono essere adeguate alla peculiarità degli scenari ed essere utilizzabili da operatori con livelli di formazione differente;
- i protocolli devono essere semplici, di rapida memorizzazione ed esecuzione, basati su criteri di assegnazione dei livelli di priorità attendibili e riproducibili;
- le valutazioni e gli eventuali interventi effettuati devono essere sempre registrati e la documentazione relativa deve essere opportunamente conservata e prontamente accessibile;
- devono essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza con particolare riferimento alle attività svolte sul campo.

La formazione rappresenta una delle principali risorse utilizzabili nelle strategie di prevenzione, la conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi.

I professionisti, che operano nel campo della sanità pubblica, devono essere adeguatamente formati a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva e, tra queste, le attività informative rivolte alla popolazione. Deve sempre essere tenuta presente la necessità di fornire le informazioni anche in lingue diverse.

Da quando sono stati attivati i GORR sono state organizzate delle giornate di formazione sul campo con "esercitazioni" su eventi che rientrano nelle emergenze.

La formazione è prevalentemente rivolta alle emergenze di natura infettiva, ma deve comunque garantire un programma di conoscenze anche attinenti ad emergenze di altra natura (rischio chimico, rischio radiologico, catastrofi naturali, etc). Tale programma assume finalità non secondaria di creazione di una rete di conoscenze formali ed informali, utili per l'eventuale gestione degli eventi citati.

Inoltre, anche nel nuovo Piano della Prevenzione Regionale (2014-2018) è stata ribadita l'importanza della formazione e della attivazione, anche attraverso un'esercitazione pratica del GORR aziendale e Regionale, in modo tale che tutta la rete regionale sia pronta in caso di reale minaccia e crisi emergenziale sia di natura infettiva che ambientale.

ANTRACE (CARBONCHIO)

Descrizione:

infezione acuta provocata dal *B. anthracis*, germe gram positivo, capsulato, sporigeno, estremamente resistente all'azione di disinfettanti chimici e fisici. La germinazione avviene a temperatura corporea. Le manifestazioni cliniche si differenziano in base alla via di ingresso del bacillo:

- carbonchio cutaneo: lesione cutanea che, nel giro di 2-6 giorni, passa dallo stato di papula a quello di escara necrotica; la letalità è molto bassa;
- carbonchio da inalazione: è la forma più letale, spesso rappresenta un'emergenza. È caratterizzata da un breve periodo prodromico, tipo simil influenzale, seguito da dispnea ed ipossia con segni radiologici di slargamento dell'ombra mediastinica;
- carbonchio gastrointestinale: comprende due forme distinte, una intestinale e una orofaringea.

La meningite emorragica è secondaria alle forme per diffusione ematogena e può svilupparsi senza altri apparenti segni clinici, con una mortalità che arriva al 100% nelle forme senza trattamento antibiotico.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da poche ore a 7 giorni, anche se sono possibili periodi di incubazione fino a 60 giorni. La maggior parte dei casi si verifica entro 48 ore dall'esposizione.

Periodo di contagiosità:

il paziente è contagioso nella fase conclamata.

Modalità di trasmissione:

sono fonti di contagio: aria, terriccio, materiali di diversa natura contaminati da spore - che possono rimanere infettanti per decenni - animali infetti e loro prodotti. Il contagio interumano è eccezionale; la trasmissione è semidiretta ed avviene per contatto con materiali biologici infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni per il drenaggio e le secrezioni per tutta la durata della malattia nel caso di forma cutanea ed inalatoria.

La terapia prevede per:

carbonchio cutaneo non complicato:

penicillina V, 500 mg per os ogni 6 ore per 5-7 giorni oppure penicillina procaina, 1.000.000 UI ogni 12-24 ore oppure penicillina G, 250.000 UI ogni 6 ore; il trattamento sterilizza la lesione cutanea entro 24 ore anche se non altera il successivo evolversi della stessa.

carbonchio da inalazione, carbonchio orofaringeo e carbonchio gastrointestinale:

ciprofloxacina 400 mg 2 volte al dì per via endovenosa, oppure penicillina G, 2.000.000 UI per infusione lenta ogni 4-6 ore fino a normalizzazione della temperatura corporea; successivamente penicillina procaina 1.000.000 UI ogni 12-24 ore. Può essere utile associare al trattamento con penicillina la streptomina 1-2 gr. al giorno.

Non è richiesto l'isolamento.

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

sorveglianza sanitaria; in caso di sicura inalazione di spore, confermata da indagini di laboratorio, può essere effettuata chemioprofilassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione continua delle secrezioni, dei fluidi biologici e dei materiali contaminati. Disinfezione terminale. Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile in Italia.
- **chemioprofilassi:** come da indicazioni in tabella

	Profilassi post-esposizione	Durata
Adulti (inclusi donne in gravidanza ¹ e immunocompromessi ²)	Ciprofloxacina 500mg x 2 per os oppure Doxiciclina 100 mg x 2 per os	60 giorni
Bambini ³	Ciprofloxacina 10-15 mg/kg/die x 2 per os (max 1g/die) oppure Doxiciclina > 8 anni e >45 Kg 100 mg x 2 per os > 8 anni e <45 Kg: 2.2 mg/Kg x 2 ≤ 8 anni: 2.2 mg/Kg x 2 ⁴	60 giorni

¹**Donne gravide:** i fluorochinolonici non sono generalmente raccomandati durante la gravidanza a causa della comparsa di artropatia in animali e in un piccolo numero di bambini. Gli studi su animali non hanno evidenziato una teratogenicità legata all'uso di ciprofloxacina. Tuttavia non sono stati condotti trials clinici controllati sulla sicurezza della ciprofloxacina in donne gravide.

Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina in gravidanza a dosaggio per adulti, per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico.

Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile, la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina 500mg x3 per via orale, sempre per 60 giorni (*CDC Guidelines for State Health Departments - revised October 14, 2001*).

L'impostazione del trattamento antibiotica deve essere comunque concordata con lo specialista ostetrico di fiducia della donna.

²**Immunocompromessi:** non ci sono studi umani o su modelli animali che ci diano informazioni sull'efficacia e la sicurezza della profilassi post-esposizione negli immunodepressi. Tuttavia, in questi soggetti, sia adulti che bambini, è raccomandata la stessa profilassi post-esposizione che viene indicata per le persone immunocompetenti.

³**Bambini:** i fluorochinolonici non sono generalmente raccomandati nei bambini ed adolescenti a causa della comparsa di artropatia permanente in animali adolescenti e transitoria in un piccolo numero di bambini. Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina nei bambini per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico. Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina per via orale sempre per 60 giorni al dosaggio di 40 mg/kg peso corporeo/die suddiviso ogni 8 ore per i bambini di peso inferiore a 20Kg (*CDC Guidelines for State Health Departments - revised October 14,2001*), per pesi superiori si procede con il dosaggio previsto per gli adulti.

⁴ Per quanto riguarda la doxiciclina, questa non andrebbe somministrata al di sotto degli 8 anni poiché il farmaco può determinare un ritardo nella crescita scheletrica e un danno nell'accrescimento dei denti. Nelle madri che allattano l'*American Academy of Pediatrics* ritiene compatibile l'uso della ciprofloxacina e della doxiciclina con l'allattamento, considerata la piccola quantità di farmaco assorbito dal bambino; tuttavia ancora molto poco si conosce sulla sicurezza a lungo termine (*MMWR* Vol. 50/n.45 -16 Novembre 2001).

La scelta del farmaco e la continuazione dell'allattamento al seno devono essere decisi dalla madre e dal pediatra.

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER ANTRACE/CARBONCHIO

Antrace cutanea Antrace da inalazione Antrace gastrointestinale

Data di segnalazione _____

Caso sospetto

Caso accertato

Cognome _____

Nome _____ M F

nato a _____ il _____

residente

a _____

in via _____ n° _____ n° telefo-

no _____

Professione _____ Luogo di lavoro

Nazionalità _____ Se nato all'estero da quanti anni è in Italia? _____

Curante MMG /PLS

Ricovero SI

Data _____

NO

Struttura di ricovero e Medico Referente

Data di inizio dei sintomi _____

Lesione cutanea si no

Gastrointestinali si no

(nausea, diarrea, ematemesi)

Simil-influenzali si no

(espansione del mediastino, febbre e dispnea grave)

PROBABILE FONTE DI CONTAGIO (es. animali e oggetti di origine animale, materiali biologici infetti, siringhe, viaggi all'estero etc., negli ultimi 60 giorni):

INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE

SI

NO

Quali: _____

Data di inizio chemioprolassi o terapia _____

NOTE:

Data _____

Nome dell'operatore che ha raccolto le informazioni

**ELENCO DELLE PERSONE POTENZIALMENTE ESPOSTE ALLA
CONTAMINAZIONE DI ANTRACE /CARBONCHIO**

Data _____

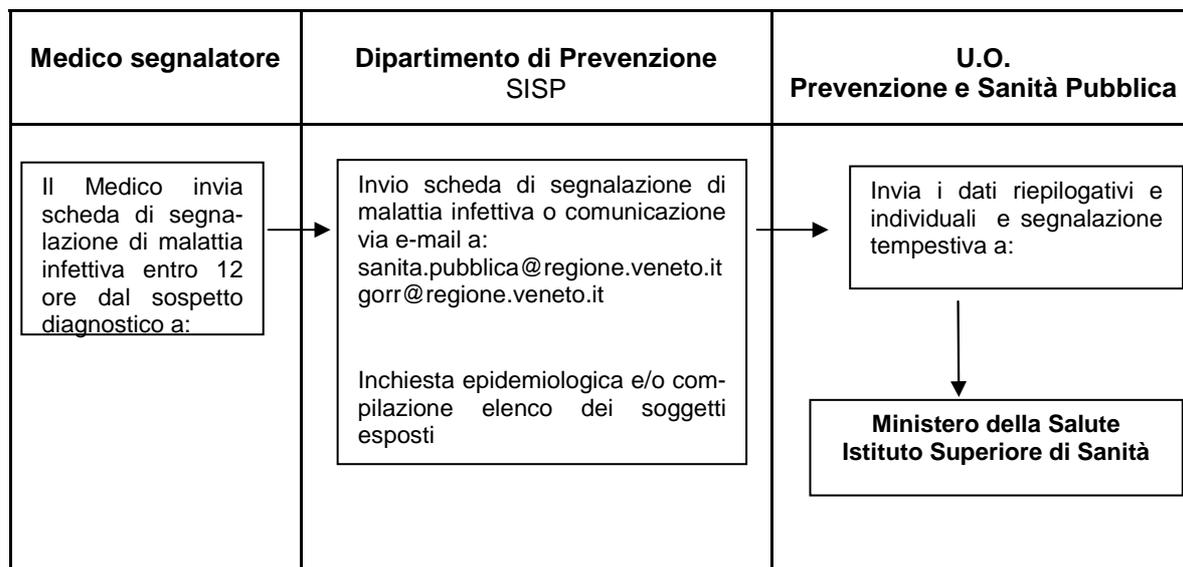
Caso indi-
ce: _____

Materiale potenzialmente infet-
to: _____

N.	COGNOME E NOME E RE- SIDENZA	DATA DI NA- SCITA	TELEFONO	DATA ESPOSIZIONE SOSPETTA	CHEMIOPROFILASSI	NOTE

Flusso di segnalazione

ANTRACE



BOTULISMO

Descrizione:

malattia neuromuscolare caratterizzata da una paralisi flaccida acuta, febbrile, simmetrica e discendente. Esistono 3 forme: da trasmissione alimentare, da ferita e intestinale (adulto e bambino). La forma alimentare è dovuta all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti contaminati da forme sporali di *C. botulinum*. Nel botulismo da ferita l'intossicazione è dovuta alla contaminazione di ferite da parte di spore che germinano producendo tossina e nella forma infantile l'ingestione di spore o di forme vegetative del clostridio, per mezzo di alimenti, comporta la colonizzazione intestinale e la produzione in vivo di tossina nel digerente.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 12 a 48 ore; in casi eccezionali può arrivare a 8 giorni.

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

il botulismo alimentare insorge quando un alimento contaminato da spore *C. botulinum* è stato conservato in condizioni inadeguate e in anaerobiosi.

Il botulismo intestinale insorge quando un bambino ingerisce un alimento contaminato, escluso il latte materno. Nei bambini più grandi può verificarsi in seguito a interventi intestinali, in presenza di malattia infiammatoria intestinale e dopo esposizione ad antibiotici.

Il botulismo da ferita si osserva nei casi in cui, nei tessuti traumatizzati e contaminati dalle spore, si sviluppa il batterio e qui produce le sue tossine.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non previsti. La terapia mediante somministrazione di antitossina botulinica deve essere intrapresa quanto più precocemente possibile e comunque non oltre una settimana dall'insorgenza dei sintomi; essa è infatti inefficace una volta che la tossina si sia completamente fissata sui recettori. La somministrazione di antitossina deve essere preceduta dal prelievo venoso di sangue per la ricerca della tossina specifica.

Il principale trattamento di sostegno è rappresentato dalla ventilazione meccanica.

Nel caso di botulismo da ferita, in aggiunta alla somministrazione di antitossina, occorre procedere a toilette chirurgica ed irrigazione della ferita.

Nel caso di botulismo infantile è indispensabile fornire assistenza di supporto, mentre la casistica clinica suggerisce l'inutilità dell'impiego di antitossina per il rischio di sensibilizzazione e shock anafilattico.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nei co-esposti asintomatici va valutata attentamente l'opportunità di iniziare un trattamento con antitossina polivalente.

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca attiva della fonte di intossicazione, con prelievo di appropriati campioni degli alimenti consumati dal paziente nelle 48-72 ore precedenti l'insorgenza della sintomatologia.

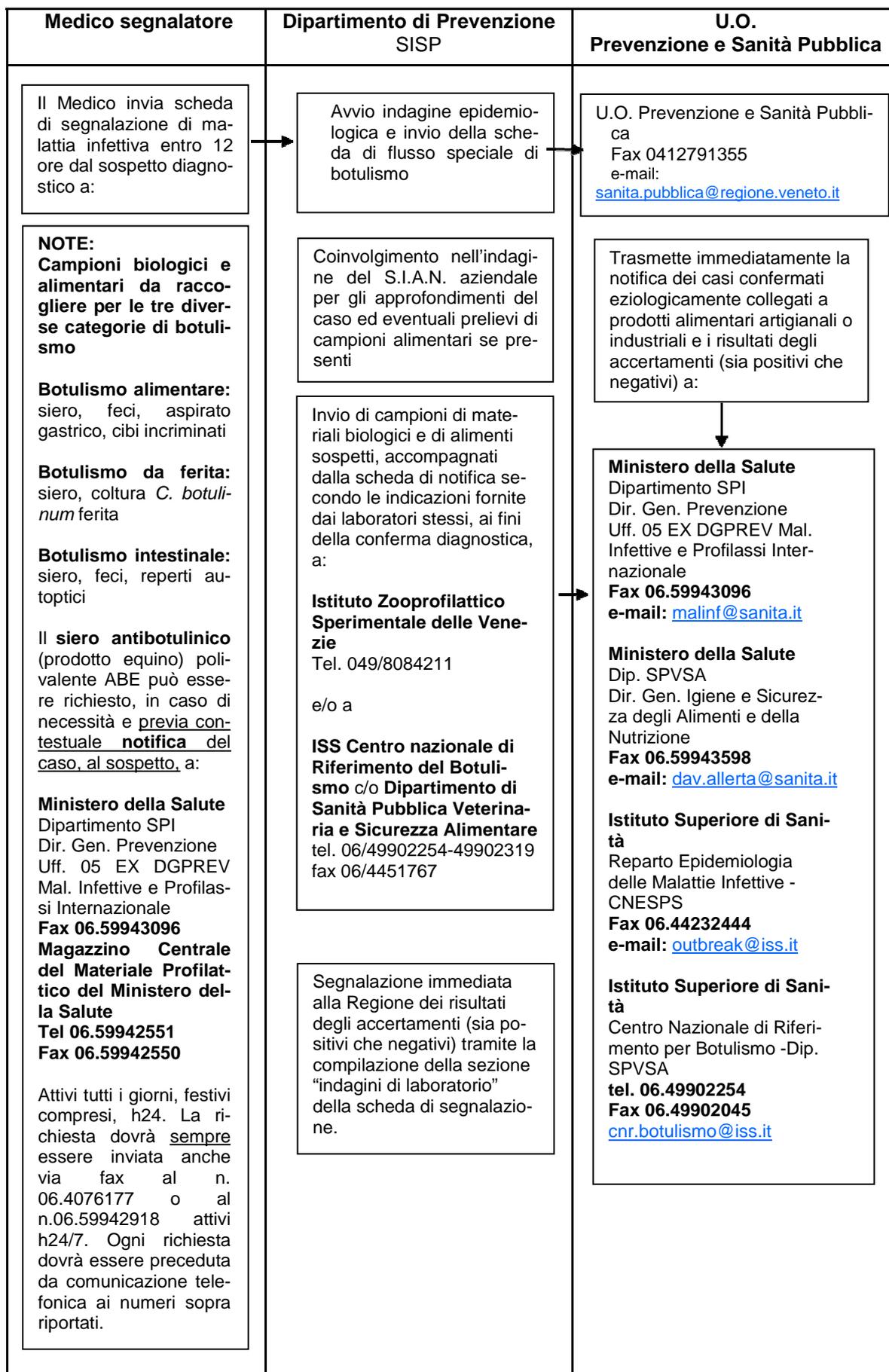
Indagine epidemiologica sui commensali (Vedi Tossinfezioni alimentari).

I metodi di controllo della intossicazione alimentare risiedono essenzialmente, nella corretta preparazione delle conserve vegetali e degli insaccati in ambito domestico e nella sorveglianza della applicazione delle corrette pratiche di lavorazione in ambito industriale e/o artigianale, anche mediante l'educazione sanitaria della popolazione.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna

Flusso di segnalazione
BOTULISMO



BRUCELLOSI

Descrizione:

è una malattia soprattutto degli animali domestici e selvatici. L'uomo è un ospite accidentale che contrae la malattia per contatto diretto con animali infettati, le loro carcasse e secrezioni o attraverso latte non pastorizzato o prodotti caseari. La malattia, spesso lieve in età pediatrica, è più grave negli adulti: l'esordio può essere insidioso o acuto con febbre, sudorazione, debolezza malessere, anoressia, artralgia, dolore addominale e cefalea. Complicazioni serie sono la meningite, l'endocardite e osteomielite, con particolare coinvolgimento dell'articolazione sacro-iliaca.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da meno di una settimana a diversi mesi; molti pazienti si ammalano entro 3-4 settimane.

Periodo di contagiosità:

durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abituamente 4 settimane).

Modalità di trasmissione:

l'infezione viene trasmessa per inoculazione attraverso tagli o abrasioni cutanee, per inalazione di aerosol contaminati, contatto attraverso la mucosa congiuntivale o ingestione per bocca. La trasmissione interumana è rara; le madri infette possono trasmettere la *Brucella* ai figli con l'allattamento.

Provvedimenti nei confronti del malato:

oltre alle precauzioni standard, maggiore attenzione è richiesta nei confronti dei pazienti con lesioni drenanti.

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nessuno

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

il controllo della Brucellosi umana dipende dal controllo della brucellosi in campo veterinario. E' particolarmente importante la pastorizzazione del latte e dei prodotti caseari per prevenire la malattia in età pediatrica. La certificazione del latte non pastorizzato non elimina il rischio di trasmissione della *Brucella*.

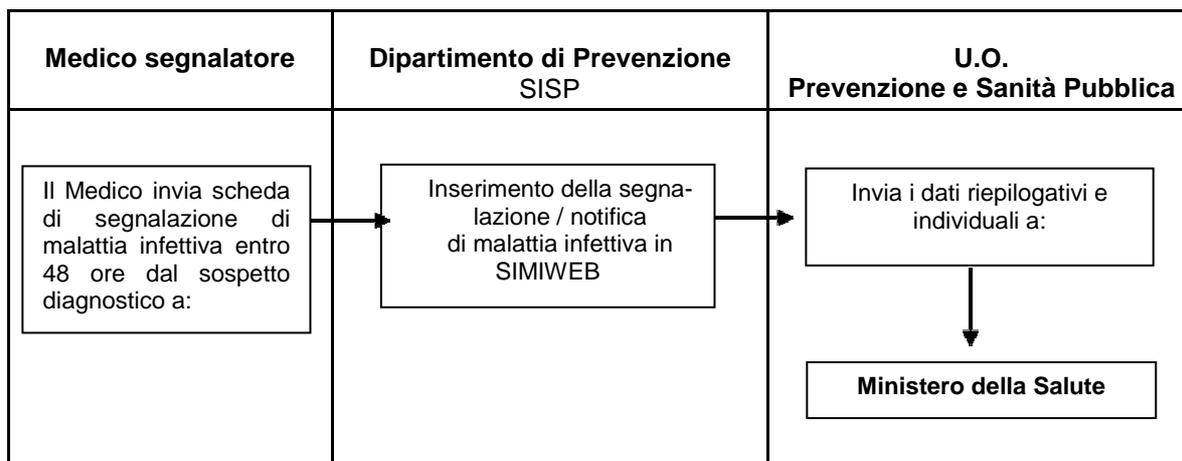
Il consiglio generale è quello di non consumare prodotti non pastorizzati, mentre per chi svolge un lavoro a rischio è opportuno l'uso di guanti protettivi.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna.

Flusso di segnalazione

BRUCELLOSI



CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)

Descrizione:

malattia virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette (artropodi) del genere *Aedes*, soprattutto *A. albopictus* (zanzara tigre), *A. aegypti*, e *A. polynesiensis*, che pungono soprattutto nelle ore diurne. Il virus appartiene alla famiglia delle *Togaviridae*. I sintomi sono rappresentati dall'improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e *rash* cutaneo (al volto, tronco, radice degli arti). Raramente sono riportate forme meningo-encefalitiche, specie in soggetti defedati. Questa malattia è quasi sempre auto-limitantesi entro un paio di settimane e raramente fatale. Artrite e artralgie debilitanti possono durare mesi o anni. E' presente in Africa, Sud-Est asiatico, sub continente indiano ed in alcune isole dell'Oceano Indiano (Comore, La Réunion, Seychelles, Mauritius, Mayotte) e in diversi stati dell'America Centrale. Nel 2007 sono stati segnalati casi autoctoni in alcune zone dell'Emilia Romagna. Il vettore è stato introdotto in Italia all'inizio degli anni '90 con il commercio di pneumatici infestati da uova.

Tempi di segnalazione:

entro le 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

dopo la puntura della zanzara infetta l'incubazione è di 2-12 giorni con una media di 4-8 giorni.

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione del virus da persona a persona, in assenza del vettore infetto (zanzara). La trasmissione del virus attraverso il sangue è rara e in quanto teoricamente possibile, ma non si conoscono a tutt'oggi casi riportati. La viremia nell'uomo si ritiene sia di 3-10 giorni; raramente può esserci passaggio del virus tra madre e figlio durante la gravidanza.

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare del genere *A. albopictus*, *A. aegypti* e *A. polynesiensis*, infettate succhiando il sangue di una persona affetta da CHIKV in fase viremica (primi 4-5 giorni di malattia). In fase epidemica l'uomo è la riserva del virus. In altri periodi i principali serbatoi del virus, identificati, sono le scimmie, i roditori, gli uccelli e altri vertebrati.

Possibile trasmissione per via ematica attraverso contatto con sangue infetto, al feto se la fase viremica nella madre avviene in prossimità del parto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

terapia sintomatica (antipiretici, antiinfiammatori, riposo a letto). Le persone affette da febbre *Chikungunya* dovrebbero essere protette dalle punture delle zanzare per evitare la propagazione dell'infezione. Isolamento fiduciario del paziente.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

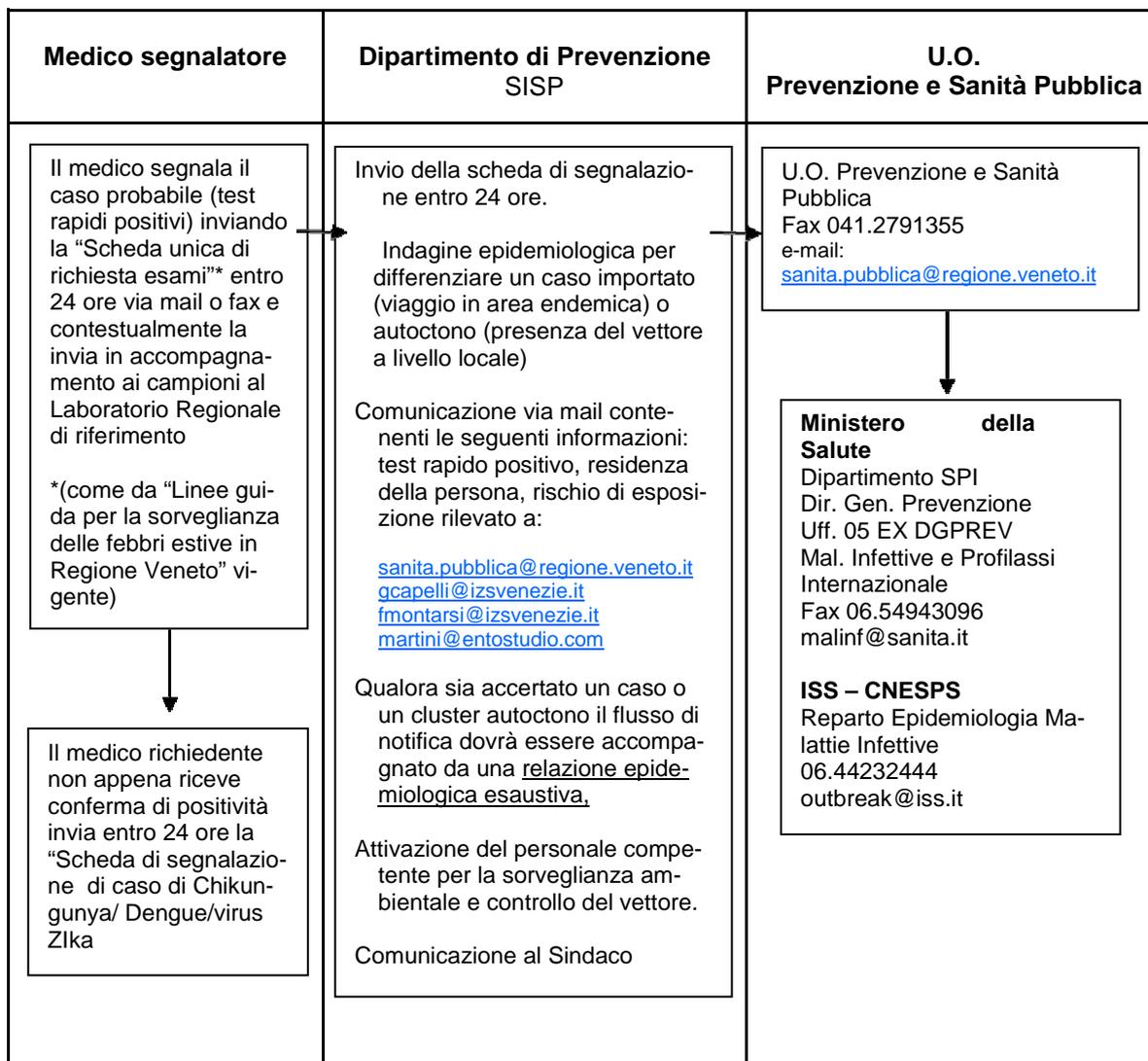
- disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.

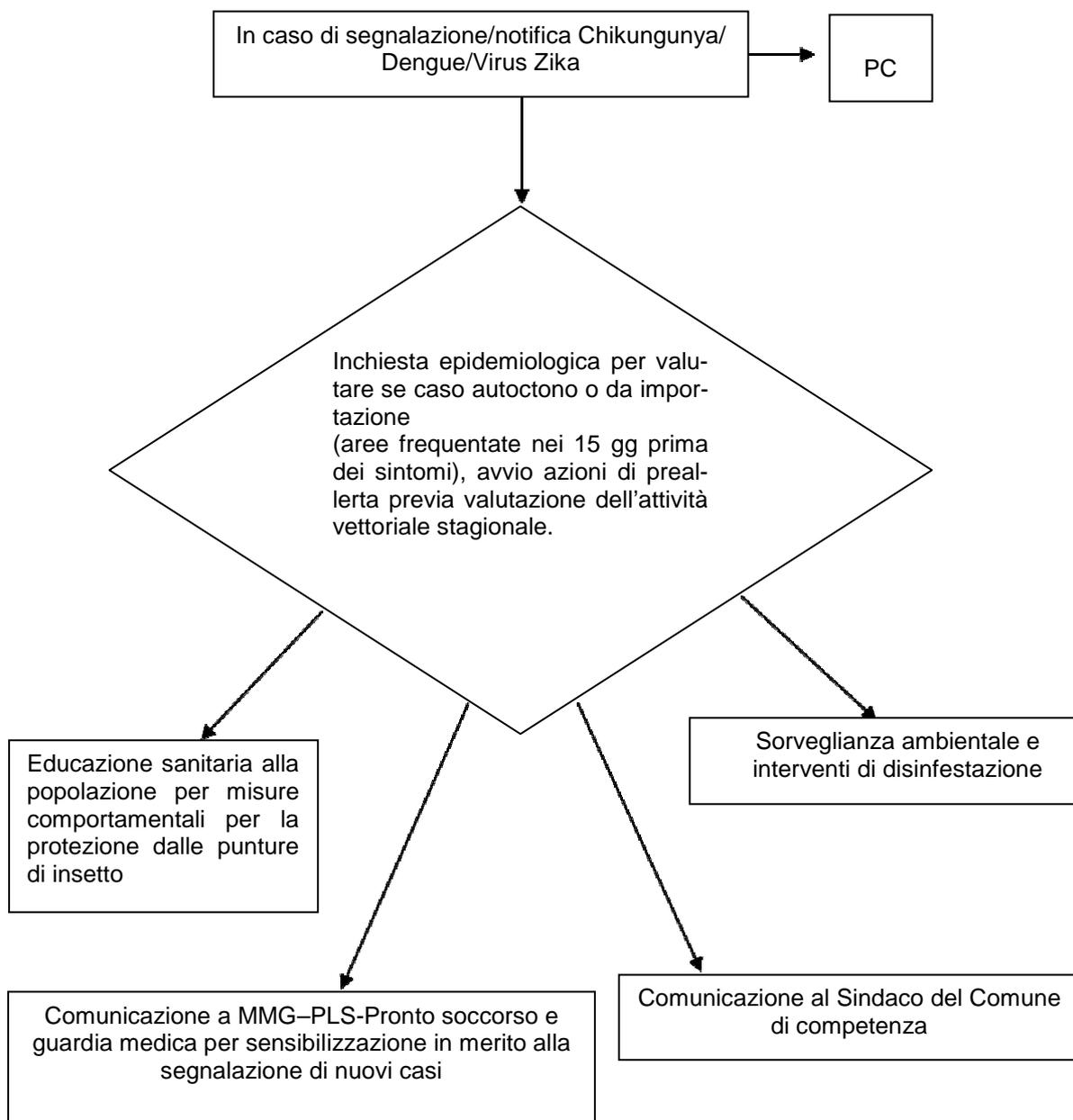
E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.

Flusso di segnalazione
CHIKUNGUNYA/DENGUE



ISTRUZIONI OPERATIVE

CHIKUNGUNYA/DENGUE/ VIRUS ZIKA



COLERA

Descrizione:

è un'infezione batterica molto spesso asintomatica o che si presenta con lievi sintomi gastrointestinali.

La forma severa è caratterizzata da esordio acuto e improvviso, diarrea acquosa profusa (feci ad acqua di riso) non dolorosa e spesso vomito. Nei casi non trattati si verifica rapida disidratazione, acidosi, collasso circolatorio, shock ipovolemico e morte; nei bambini, ipoglicemia e insufficienza renale. Nei casi gravi non trattati il tasso di letalità può superare il 50%, mentre con un trattamento adeguato è inferiore all'1%.

La malattia è causata da una tossina del *Vibrio cholerae* gruppo 01 o 0139. Altri sierogruppi, con o senza tossina, possono dare sintomi simil colera. Il *V. cholerae* 01 comprende due biotipi, *classico* e *El Tor*, ciascuno dei quali include i sierotipi *Inaba*, *Ogawa* e raramente *Hikojima*.

La malattia è diffusa in molte parti del mondo, con episodi epidemici importanti negli anni.

Scheda specifica di Flusso: NO

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Periodo di incubazione:

da poche ore a 5 giorni, di solito 2-3 giorni.

Periodo di contagiosità:

probabilmente per tutto il periodo in cui i microrganismi vengono escreti con le feci, di solito cessa pochi giorni dopo la guarigione. Occasionalmente lo stato di portatore può persistere per diversi mesi. Gli antibiotici (tetracicline) riducono il periodo di contagiosità.

Modalità di trasmissione:

attraverso l'ingestione di cibo o acqua contaminati direttamente o indirettamente da feci o vomito di persone infette. Veicoli di infezione sono pesci e molluschi contaminati, prodotti o avanzi di cereali cotti, non adeguatamente riscaldati. La trasmissione da persona a persona, anche degli operatori sanitari durante le epidemie, è raramente documentata. I vibrioni possono persistere nell'acqua per lunghi periodi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento, preferibile in ospedale durante la fase acuta nei pazienti gravemente colpiti adottando precauzioni enteriche. Casi meno gravi possono essere trattati in ambulatorio con reidratazione orale e appropriata terapia.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorvegliare per almeno 5 giorni dopo l'ultima esposizione i soggetti che abbiano condiviso cibi e bevande di un paziente affetto da colera. I contatti stretti vanno sottoposti a chemioprolifassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

indagare la possibilità di infezioni da acque potabili o da cibo contaminati. In caso di epidemia adottare provvedimenti per assicurare un adeguato rifornimento di acqua potabile, clorare o bollire l'acqua da bere o per cucinare. Adottare adeguate misure per un efficace smaltimento dei liquami.

Profilassi:

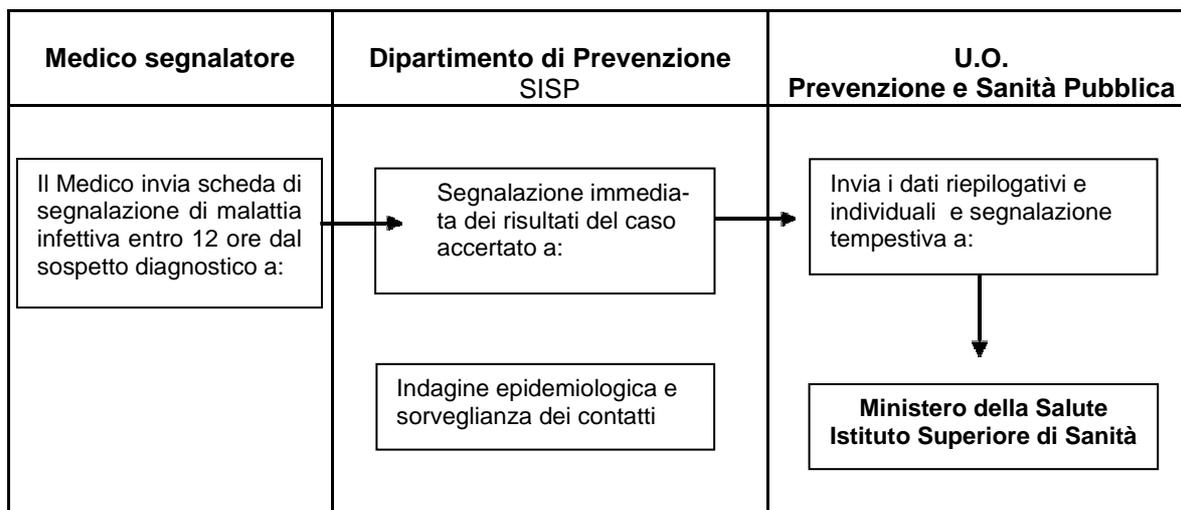
- **vaccinazione:** è disponibile un vaccino orale che, per gli adulti e i bambini dai 6 anni di età, prevede la somministrazione di 2 dosi distanziate di 1-6 settimane e conferisce una protezione per 2 anni. Nei bambini di 2-6 anni la vaccinazione di base è costituita da 3 dosi a distanza di 1-6 settimane e una dose booster dopo 6 mesi. La vaccinazione è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree endemiche o con epidemia di colera, specie se presentano fattori di rischio (ipocloridria, gastrectomia totale o parziale, malattia cardiaca, anziani, gruppo sanguigno 0).

- **Chemioprolifassi:** come da indicazioni in tabella.

Adulti	Tetracicline (500 mg x 4 volte/die) x 3 gg
	Doxiciclina (300 mg in dose singola) x 3 gg
Bambini > 8 anni	Tetracicline 50 mg/Kg in 4 dosi oppure Doxiciclina (6mg/Kg) x 3 gg

Flusso di segnalazione

COLERA



CREUTZFELD-JACOB (malattia di)

Descrizione:

il morbo di *Creutzfeld-Jacob* è una malattia neurodegenerativa rara e rientra fra le encefalopatie spongiformi per l'aspetto che acquistano i tessuti cerebrali dei pazienti colpiti. A tutt'oggi si riconoscono diverse forme del morbo. Quella più frequente (circa l'85% dei casi) è la forma sporadica; non è ancora nota la causa e colpisce persone di età superiore ai 50 anni.

La nuova variante del morbo di *Creutzfeld-Jacob* (*nvCJD*), quella legata al consumo di carne bovina infetta, identificata per la prima volta nel 1996, colpisce principalmente persone in giovane età (dai 15 ai 50 anni) con una sopravvivenza media di circa 15 mesi. I sintomi della nuova variante sono disturbi di tipo sensoriale, forti dolori, perdita di memoria, movimenti involontari, fino a un vero e proprio stato demenziale, con mutismo e immobilità, fino alla morte.

La malattia di *Creutzfeld-Jacob* è stata segnalata in tutto il mondo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione è ignoto.

Periodo di contagiosità:

i tessuti del SNC rimangono infettivi per tutto il periodo sintomatico della malattia. Altri tessuti e lo stesso liquor possono essere a volte contagiosi. L'infettività durante il periodo di incubazione non è nota, anche se studi condotti negli animali fanno pensare che gli organi linfoidi ed altri organi siano probabilmente infettivi prima che appaiano i segni della malattia.

Non è stata riportata la trasmissione interpersonale della CJD mediante sangue, latte, saliva, urine o feci.

Modalità di trasmissione:

la modalità di trasmissione nella maggior parte dei casi non è conosciuta. Molti identificano l'agente infettivo in una proteina mutata: il prione. Si tratterebbe di una forma modificata e quindi patologica della normale proteina prionica. L'estrema resistenza di queste molecole modificate le renderebbero in grado di sopportare senza degradarsi molti processi di lavorazione della carne e di entrare nell'organismo umano per via alimentare. Da qui poi riuscirebbero a raggiungere il sistema nervoso centrale, inducendo la modificazione patologica alla base del decorso della malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

sono raccomandate le precauzioni standard. I dati disponibili indicano che anche un contatto intimo prolungato con pazienti affetti da CJD non ha determinato la trasmissione della malattia.

Ad oggi la possibilità di prevenire la vCJD non è chiara. Si consiglia di eseguire biopsie cerebrali nei pazienti con diagnosi sospetta o certa di CJD per confermare la diagnosi e identificare nuove forme.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

l'indagine sui contatti e sulla fonte di infezione deve comprendere un'anamnesi completa con notizie circa precedenti interventi chirurgici o odontoiatrici, esposizione all'ormone della crescita e familiarità positiva per casi di demenza.

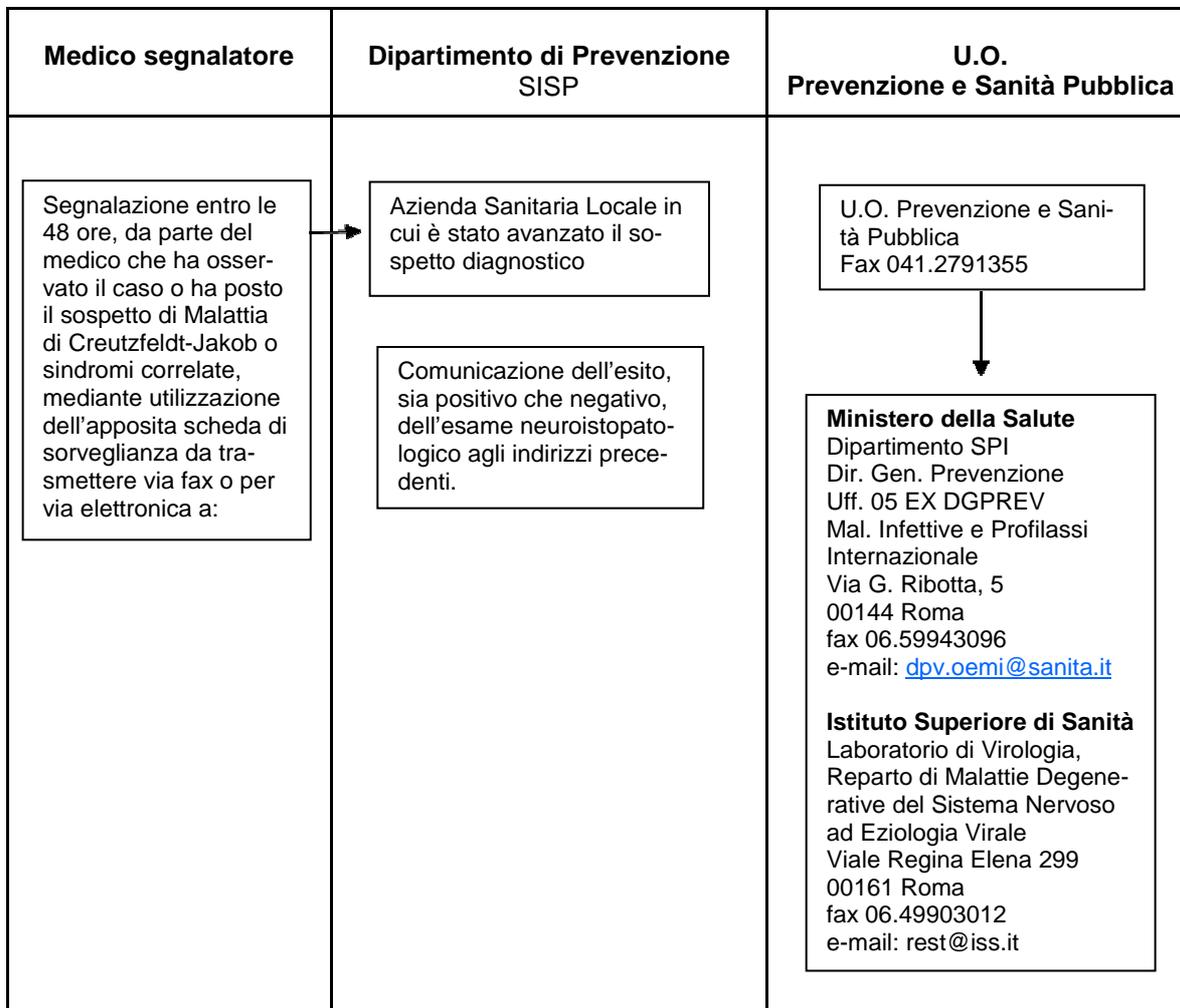
Profilassi:

- **vaccinazione:** la vaccinazione contro le malattie da prione non è disponibile e non è stata dimostrata alcuna risposta immune all'infezione.

.Flusso di segnalazione

MALATTIA DI CREUZFELD JACOB

La variante della *Malattia di Creutzfeld–Jacob* e le sindromi ad essa correlate (la *Sindrome di Gerstmann–Straussler–Scheinker*, l'insonnia fatale familiare) sono sottoposte a sorveglianza obbligatoria e devono essere segnalate sia al sospetto che nei casi accertati .



DENGUE

Descrizione:

malattia virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere *Aedes*, soprattutto *A. aegypti*, che pungono prevalentemente di giorno. I virus della febbre Dengue appartengono alla famiglia delle *Flaviviridae*. Sono endemici nella maggior parte dei paesi tropicali.

L'esordio è acuto, caratterizzato da febbre per 3-5 giorni, cefalea intensa, mialgia, artralgia, dolori retro-orbitali, disturbi gastrointestinali e *rash* generalizzato a carattere maculo papulare che compare generalmente alla risoluzione della febbre. In ogni momento della fase febbrile sono possibili fenomeni emorragici minori (petecchie, epistassi, gengivorragie), mentre emorragie importanti possono manifestarsi in concomitanza di patologie sottostanti. Comune è la presenza di un quadro di linfadenopatia e leucopenia con linfocitosi relativa. La guarigione può associarsi ad un senso di prolungato affaticamento e depressione. Nell'uomo la suscettibilità è apparentemente universale anche se i bambini generalmente presentano una forma più lieve di malattia.

Tempi di segnalazione:

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

dopo la puntura della zanzara infetta l'incubazione è di 3-14 giorni con una media di 5-7 giorni.

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione diretta persona-persona, ma la zanzara diventa contagiosa 8-12 giorni dopo aver ingerito sangue da paziente viremico e tale rimane per il resto della sua vita. La fase viremica nell'uomo dura circa 3-5 giorni.

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare infette, soprattutto *A. aegypti* e, in Asia, *A. albopictus* che pungono per lo più in orario diurno. Il virus viene mantenuto in circolazione grazie ad un ciclo che coinvolge l'uomo e la zanzara *A. aegypti* nei centri urbani delle aree tropicali e un complesso scimmia-zanzara nel Sud Est Asiatico e nell'Africa occidentale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

prevenire le punture di zanzara dei pazienti fino alla defervescenza (zanzariere, insetticidi). Terapia di supporto (antipiretici, antinfiammatori, riposo a letto). L'acido acetilsalicilico è controindicato. Isolamento fiduciario del paziente.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

- disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da Paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile. E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.

Vedi flusso di segnalazione ed istruzioni operative in Chikungunya/Dengue/virus Zika.

ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE: TICK BORNE ENCEPHALITIS)

Descrizione:

Malattia virale acuta causata da un arbovirus appartenente al genere Flavivirus e trasmessa generalmente dal morso di zecca. Vi sono tre sottotipi di virus della TBE: europeo, siberiano e dell'Estremo Oriente. La TBE è endemica in molti Paesi dell'Europa centro-orientale e settentrionale, Italia compresa. Le zecche svolgono sia il ruolo di vettore sia quello di serbatoio del virus. Le specie di zecche più frequentemente coinvolte sono *Ixodes ricinus* (virus di sottotipo europeo) e *Ixodes persulcatus* (virus di sottotipi siberiano e orientale), che parassitano roditori, cervidi, ovini, caprini e uccelli. Tuttavia anche le zecche del cane del genere *Dermacentor* possono trasmettere l'infezione.

L'infezione umana decorre paucisintomatica nei due terzi dei casi. Nei rimanenti, dopo un periodo d'incubazione di 3-28 giorni si ha una fase della durata di 2-10 giorni caratterizzata da sintomi simil-influenzali come febbre alta, cefalea, mal di gola, astenia, mialgie e artralgie. Nel 20-30% dei casi, dopo un intervallo libero di 1-33 giorni (7 in media), si manifesta una meningo-encefalite. L'infezione da sottotipo europeo si complica con sequele neurologiche a lungo termine fino al 30% dei casi e morte nell'1-2% dei casi; il sottotipo orientale e, in misura minore, quello siberiano causano sequele permanenti e morte in una percentuale maggiore di casi. □ Il decorso è più mite in età pediatrica-giovanile e diventa via via più severo al progredire dell'età.

Tempi di segnalazione: entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione: 3-28 giorni (in media 7); più breve (3-4 giorni) in caso di trasmissione alimentare.

Periodo di contagiosità: in linea di massima, la TBE non è soggetta a trasmissione interumana; fa eccezione la trasmissione verticale madre-feto/neonato.

Modalità di trasmissione: l'essere umano viene infettato prevalentemente attraverso il morso di una zecca infetta; i soggetti più a rischio sono quelli esposti per ragioni professionali o ricreative ad ambienti selvatici o rurali dove le zecche trovano il loro habitat ideale.

Sono segnalati casi di trasmissione verticale madre-feto o madre-neonato (attraverso il latte materno) o alimentare (consumo di latte crudo proveniente da animali infetti). Nell'ambito di laboratori analisi è stata descritta la trasmissione per inalazione di aerosol e per puntura con ago contaminato.

Provvedimenti nei confronti del malato: terapia di supporto; non esiste terapia specifica.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti: precauzioni standard per prevenire la trasmissione del virus dal soggetto viremico ai contatti.

Provvedimenti nei confronti degli esposti: nel caso in cui si rinvenga una zecca sul proprio corpo, è necessario rimuoverla delicatamente con una pinzetta (o con apposito strumento acquistato in farmacia) cercando di non schiacciarla e di non spezzare l'apparato buccale; bisogna evitare di applicare sul parassita fonti di calore o sostanze chimiche o oleose: queste manovre facilitano il rigurgito di sangue da parte della zecca aumentando la probabilità di trasmissione di eventuali agenti infettivi. Dopo aver rimosso la zecca bisogna disinfettare accuratamente la cute, usando disinfettanti non colorati in modo da poter monitorare la cute per evidenziare l'eventuale comparsa di eritemi. Se l'apparato buccale è rimasto conficcato nella cute, rimuoverlo con un ago sterile.

Provvedimenti sull'ambiente: nelle aree naturali più frequentate dalle persone, lo sfalcio regolare dell'erba e la rimozione del fogliame depositato sul terreno contribuiscono a ridurre gli habitat in cui le zecche possono annidarsi. Inoltre, è opportuno ispezionare ogni giorno la cute degli animali domestici per individuare parassiti ed eventualmente intervenire con acaricidi o repellenti specifici.

Profilassi:

- vaccinazione e misure comportamentali

È disponibile un vaccino inattivato somministrato per via intramuscolare, preferibilmente nella regione deltoidea; il ciclo vaccinale di base prevede tre dosi (0, 1-3 mesi, 6-15 mesi) con un pri-

mo richiamo dopo 3 anni e successivi richiami ogni 5 anni (ogni 3 anni per le persone dai 50 anni in su). Sebbene non vi siano prove dirette di efficacia, le evidenze indirette suggeriscono un'efficacia protettiva >95%. Sono stati descritti fallimenti del vaccino in individui sopra i 50 anni. Come ciclo primario è stata testata anche una schedula accelerata che sembra garantire un tasso di sieroconversione equivalente alla schedula standard.

Le persone che frequentano gli habitat naturali delle zecche, soprattutto nel periodo Aprile-Settembre in cui esse sono più attive, dovrebbero adottare una serie di precauzioni per ridurre la probabilità di essere morsi:

- evitare per quanto possibile di entrare in contatto con l'erba alta, i cespugli e il terreno coperto di foglie, in cui le zecche si annidano;
- proteggersi con indumenti adeguati (pantaloni lunghi infilati negli scarponi e maniche lunghe) ed utilizzare repellenti a base di DEET o permetrina;
- al ritorno dall'escursione o dal soggiorno all'aperto, ispezionare accuratamente la propria pelle, i propri effetti personali e i propri animali domestici per individuare eventuali zecche;
- sciacquarsi sotto la doccia appena possibile per lavare via eventuali zecche;
- lavare i vestiti in acqua calda oppure trattarli in asciugatrice per uccidere eventuali zecche.

Per prevenire la trasmissione alimentare è opportuno non consumare latte e latticini non pastorizzati, soprattutto se derivano da animali allevati in aree endemiche.

Vedi flusso di segnalazione in Chikungunya/Dengue/virus Zika.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A

Descrizione:

malattia febbrile acuta provocata dal virus dell'Epatite A (HAV), accompagnata generalmente da ittero, anoressia, nausea e malessere. Rare le forme fulminanti a carico di soggetti già epatopatici, assenti quelle croniche. La malattia è spesso asintomatica o con sintomi aspecifici nei bambini sotto i 6 anni.

Diffusa in tutto il mondo, endemica nei Paesi in via di sviluppo.

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 15 a 50 giorni, in media 28 giorni.

Periodo di contagiosità:

massima contagiosità da 1–2 settimane prima dell'esordio dei sintomi fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. Alcuni studi hanno dimostrato escrezione virale fino a 6 mesi dopo la comparsa dell'ittero in neonati e bimbi piccoli.

Modalità di trasmissione:

da persona a persona, per via oro-fecale.

Le fonti di infezioni principali sono: rapporto stretto con persona infetta, ingestione di acqua e alimenti infetti, viaggi internazionali, attività omosessuale maschile, droghe endovenose. Raramente da madre-bambino (verticale) e trasfusionale.

Epidemie in asili nido e comunità frequentate da bambini con pannolino sono favorite laddove risultino carenti le precauzioni enteriche.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche per 15 giorni dalla diagnosi fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

In caso di insorgenza di Epatite A in reparti di Neonatologia, le precauzioni enteriche devono essere adottate per un periodo più lungo.

Allontanamento da scuola e asilo di bambini e dal lavoro di adulti addetti alla manipolazione di alimenti, fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo alimenti, ecc..).

Vaccinazione dei contatti e immunoglobuline (se indicate).

Valutare l'opportunità di applicare l'art. 42 e seguenti, Titolo V. del DPR n. 1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Valutare l'opportunità di adottare provvedimenti nei confronti del personale in ambito lavorativo alimentare del caso indice, qualora l'indagine evidenzi un rischio di trasmissione attraverso la manipolazione di alimenti.

Provvedimenti sull'ambiente:

miglioramento dal punto di vista igienico-sanitario in campo alimentare e nell'approvvigionamento idrico.

Educazione sanitaria della popolazione con particolare riferimento a operatori sanitari, addetti alla manipolazione e somministrazione di alimenti, operatori di asilo nido e scuole materne.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** è indicata per:

- contatti;
- personale impegnato nell'assistenza sanitaria e della prima infanzia, in caso di epidemia estesa.

- **Profilassi post-esposizione:** la somministrazione del vaccino entro 8 giorni dall'esposizione ha mostrato un'efficacia di oltre l'80%. Considerata la breve durata dell'esposizione, la variabilità e la tendenza alla diminuzione del titolo anticorpale nelle immunoglobuline, l'intervento con vaccino è da considerare preferibile all'impiego delle gammaglobuline.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite B (HBV). Solo in una piccola percentuale di casi la malattia è sintomatica. L'esordio, in genere insidioso, è caratterizzato da anoressia, disturbi addominali, nausea, vomito, artralgia, *rash*, fino all'ittero; febbre assente o lieve, epatopatia anche di gravissima entità. In una percentuale di casi evolve verso la forma cronica, la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma.

Diffusa in tutto il mondo, ha caratteristiche endemiche con minime variazioni stagionali.

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 45 a 180 giorni, mediamente 60-90 giorni.

Periodo di contagiosità:

da diverse settimane prima dell'esordio dei sintomi e per tutta la fase acuta della malattia. Il soggetto è comunque contagioso fintanto che rimane HBsAg positivo.

Modalità di trasmissione:

per via percutanea (endovena, intramuscolo, sottocutanea, intradermica) o per esposizione mucosa a fluidi biologici infetti: sangue e derivati, saliva, liquor, liquido peritoneale, pleurico, pericardio, sinoviale, liquido amniotico, sperma, secreto vaginale e ogni altro liquido organico contenente sangue.

Non è stata dimostrata la trasmissione oro-fecale o da vettori.

Le principali modalità di trasmissione includono quella sessuale, perinatale (durante il parto o il travaglio), uso di droghe per via iniettiva e l'esposizione nosocomiale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Vaccinazione di conviventi e contatti stretti con esposizione parenterale preferibilmente entro una settimana dall'esposizione.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici infetti.

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** conferisce una protezione a lungo termine;

- **chemioprolifassi:** non indicata;

- **immunoglobuline:** conferiscono una protezione a breve termine (3-6 mesi) e sono indicate, contemporaneamente alla prima dose di vaccino, nel trattamento post-esposizione di soggetti suscettibili.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite C (HCV). I segni e i sintomi dell'infezione non si differenziano da quelli dell'Epatite A e B, tuttavia nella maggior parte dei casi l'infezione primaria è asintomatica. Il 50-80% dei casi evolve nella forma cronica con il rischio, per la metà di questi, di evolvere verso la cirrosi e il cancro del fegato.

Nella fase acuta l'ittero è presente solo nel 20% dei casi e il coinvolgimento epatico è assolutamente inferiore rispetto all'epatite B.

La distribuzione del virus è universale, direttamente correlata alle pratiche parenterali in ambito sanitario.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

circa 6-7 settimane con un *range* di 2 settimane/6mesi. Il tempo dall'infezione alla viremia è di 1-2 settimane.

Periodo di contagiosità:

da una o più settimane prima dell'esordio dei sintomi e per un periodo indefinito. Tutte le persone con anticorpi anti-HCV e/o HCV RNA sono considerate infettive.

Modalità di trasmissione:

principalmente per via parenterale; meno frequente la trasmissione per via sessuale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici.
Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** vaccino non disponibile.

Vista l'assenza di studi che ne dimostrino l'efficacia, non si raccomanda l'uso di immunoglobuline post-esposizione.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D

Descrizione:

il virus dell'epatite D (HDV) provoca l'infezione solo in associazione con il virus B (HBV) che utilizza come *helper*. L'infezione può essere contemporanea (coinfezione) oppure il virus D può infettare un soggetto già cronicamente infettato con il virus B (superinfezione). La compresenza dei due virus aumenta il rischio di epatite fulminante che può arrivare al 5% o complicanze gravi. Diffusa particolarmente in Italia meridionale, Europa orientale, Sud America, Africa e Medio Oriente.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore per dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

coinfezione: da 45 a 160 giorni, in media 90 giorni.

Superinfezione: da 2 a 8 settimane.

Periodo di contagiosità:

non determinabile.

Modalità di trasmissione:

per inoculazione parenterale, cutanea o mucosa, attraverso emoderivati, iniezioni, rapporti sessuali, ma solo se l'infezione HBV è presente o contemporanea.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici.

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** sono indicate le stesse misure di controllo e di prevenzione dell'epatite B.

Dato che l'HDV non può essere trasmesso in assenza di HBV, la vaccinazione contro l'Epatite B è protettiva anche per l'Epatite D.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E

Descrizione:

malattia acuta provocata dal virus dell'Epatite E (HEV) della famiglia degli *Herpesviridae*. Si manifesta generalmente con ittero, malessere, anoressia, febbre, dolori addominali e artralgia. Il decorso può anche essere sub clinico.

La malattia è frequente nell'adulto, più grave in gravidanza dove la mortalità raggiunge il 10% dei casi.

Casi di malattia sono riportati nei Paesi in via di sviluppo, soprattutto nel subcontinente indiano, dove rappresenta l'agente più frequente di epatite virale.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 15 a 64 giorni, in media da 26 a 42 giorni.

Periodo di contagiosità:

non noto.

HEV è stato identificato nelle feci 14 giorni dopo l'insorgenza dell'ittero e all'incirca 4 settimane dopo l'ingestione di cibo e acqua contaminati e persiste per circa 2 settimane.

Modalità di trasmissione:

principalmente per via oro-fecale soprattutto attraverso l'ingestione di acqua contaminata. L'HEV, diversamente dagli altri virus epatici, ha ospiti animali come il maiale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche; smaltimento igienico delle feci e attenta igiene personale rappresentata in particolare da un accurato lavaggio delle mani.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo acqua contaminata etc...).

Precauzioni per i contatti con pannolino e incontinenti, per tutta la durata della malattia.

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

- **vaccinazione:** esclusivamente per programmi di ricerca è stato valutato e ritenuto efficace un vaccino ricombinante anti-HVE.

Flusso di segnalazione

EPATITE A-B-C-D-E

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 (Epatite A-B) o 48 ore dal sospetto diagnostico (epatite C-D-E)</p>	<p>Il SISP della ASL di notifica/residenza del paziente compila il questionario SEIEVA e lo trasmette.</p> <p>Il SISP della ASL di residenza del paziente: offre attivamente la vaccinazione a conviventi e contatti stretti</p> <p>Come da indicazioni della Circolare Ministeriale Prot. n.32982 del 16.12.2014 tutti i nuovi casi di epatite A, nonché eventuali focolai epidemici dovranno essere tempestivamente segnalati via e-mail o fax alla Regione e da questa al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità</p>	<p>Inserisce i questionari SEIEVA in software web-based dell'ISS</p> <p>Invia i dati individuali al Ministero della Salute</p>

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG

Descrizione:

si tratta di malattie virali gravi causate da un virus a RNA, *Filovirus*, della famiglia *Filoviridae*. Sono caratterizzate da esordio improvviso con febbre, malessere generale, cefalea, mialgie, faringite, cui seguono vomito, diarrea, eruzione maculo-papulosa, coinvolgimento epatico e renale e diatesi emorragica.

La letalità è del 50-90% per la malattia da virus Ebola, del 25-30% per quella da virus *Marburg*.

Per il virus Ebola sono stati identificati cinque diversi sottotipi nei seguenti Paesi: Repubblica del Congo, Costa d'Avorio, Repubblica Democratica del Congo, Gabon, Sudan e Uganda.

I paesi con casi umani di Marburg includono: Uganda, Kenya, Repubblica Democratica del Congo, Angola e Zimbabwe.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

febbre emorragica da virus Ebola: 2-21 giorni; malattia da virus Marburg: 3-9 giorni.

Periodo di contagiosità:

nella fase conclamata della malattia e fintanto che le particelle virali sono presenti nel sangue e nei liquidi biologici. Il virus Ebola è stato isolato nel liquido seminale al 61° giorno dall'infezione.

Serbatoio:

sconosciuto, probabilmente primati non umani e pipistrelli.

Modalità di trasmissione:

l'infezione si trasmette per contatto interumano diretto con pazienti sintomatici, attraverso il sangue e altri fluidi biologici infetti, organi o sperma. La trasmissione per via sessuale può verificarsi fino a 7 settimane dopo la guarigione: infatti la permanenza del virus nello sperma è particolarmente prolungata. Durante i focolai epidemici si sono verificati numerosi casi a seguito di trasmissione correlata all'assistenza sanitaria.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento stretto in unità di alto isolamento, in stanze dotate di pressione negativa, fino al termine della fase viremica (circa 3 settimane dall'esordio della malattia). Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che siano stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na alla 0,5% o di fenolo allo 0,5% oppure trattamento in autoclave o mediante termodistruzione.

Astenzione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza del virus nello sperma (circa 3 mesi).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

isolamento stretto dei contatti primari, cioè di tutti coloro potenzialmente infettati dal materiale biologico di un caso. Ricerca attiva delle persone che hanno avuto contatto con il caso nelle tre settimane seguenti l'inizio della malattia e sorveglianza stretta per almeno tre settimane con misurazione di temperatura corporea due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38,3°C.

Prevenzione:

il virus Ebola, per l'elevata contagiosità, è classificato dall'OMS tra gli agenti patogeni che richiedono un livello di biosicurezza 4 (BLS 4) per l'esecuzione degli esami di laboratorio per la ricerca del virus. Scrupoloso rispetto delle precauzioni standard ed utilizzare indumenti e mezzi di protezione individuale (mascherine, camice, guanti, occhiali) possibilmente monouso per prestare cure ai pazienti e per maneggiare il materiale biologico.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti da aree interessate da epidemie.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno spruzzate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con for-

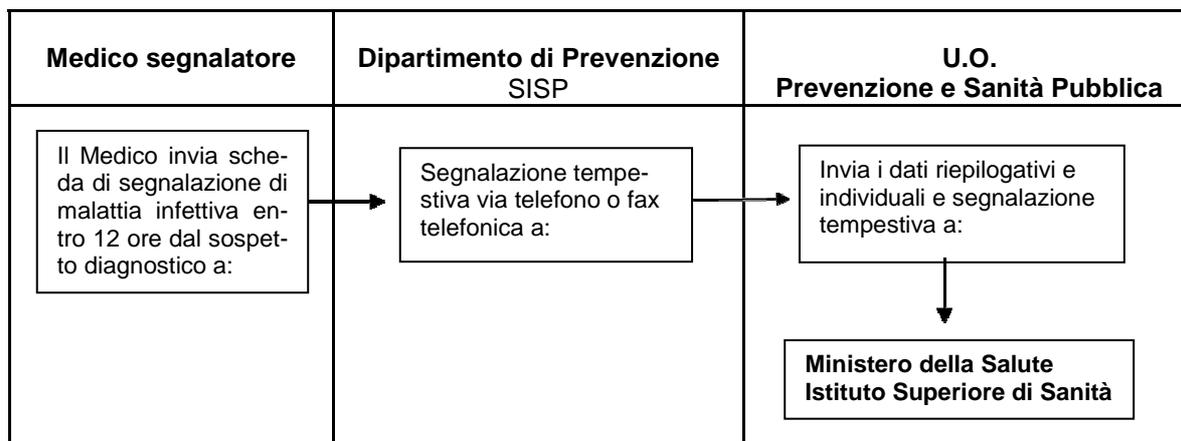
maldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** non sono disponibili vaccini, né terapie efficaci nei confronti di queste malattie.

Flusso di segnalazione

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG



FEBBRE DI LASSA

Descrizione:

è una malattia acuta virale di durata variabile da 1 a 4 settimane. L'agente eziologico è un virus ad RNA, *Arenavirus*, famiglia *Arenaviridae*.

L'esordio è graduale, caratterizzato da febbre intermittente, malessere, mialgie, cefalea, tosse, nausea, vomito, diarrea, dolori toracici ed addominali, ulcerazioni dell'oro-faringe. In molti casi si manifestano suffusioni pleuriche, coinvolgimento cardiaco e renale, encefalopatia, convulsioni, emorragie e shock. La letalità varia dal 15 al 60%. Nelle aree endemiche l'80% dei casi umani decorrono in forma lieve o asintomatica. La malattia è endemica in Africa occidentale: Sierra Leone, Liberia, Guinea e in alcune regioni della Nigeria. Possibili serbatoi e sorgenti di infezione sono i roditori selvatici.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

6-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

la diffusione interpersonale può verificarsi durante la fase acuta febbrile, quando il virus è presente nel faringe. Il virus può essere escreto con le urine per 3-9 settimane dall'esordio della malattia.

Serbatoio:

roditori selvatici.

Modalità di trasmissione:

contatti diretti o indiretti con escreti di roditori infetti depositati su pavimenti, letti o cibo. La trasmissione interumana avviene in seguito a contatto con sangue, secrezioni, urine, organi, liquido seminale di soggetti infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento stretto in strutture dotate di pressione negativa fino al termine della fase viremica. Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na allo 0,5% o di fenolo all'0,5% o trattamento in autoclave oppure termodistruzione.

Astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza del virus nello sperma o comunque per 3 mesi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

stretta sorveglianza dei contatti per almeno tre settimane (misurazione di temperatura due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38,3°C).

Misure di Prevenzione:

nelle zone endemiche la prevenzione consiste essenzialmente nell'adozione di norme igieniche che riducano l'accesso dei roditori nelle case. In particolare, occorre conservare i cereali e altre provviste in contenitori sigillati, tenere i contenitori dei rifiuti lontano dalle abitazioni e mantenere le case il più pulite possibile.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti dalle aree interessate da epidemie.

Per quanto riguarda il controllo dell'infezione, familiari e operatori sanitari dovrebbero evitare il più possibile il contatto con il sangue o altri fluidi corporei dei malati. Generalmente è sufficiente l'adozione delle misure protettive routinarie. Tuttavia, è sempre bene indossare maschera, guanti, camice e occhiali protettivi, oltre a sterilizzare gli strumenti contaminati.

Provvedimenti sull'ambiente:

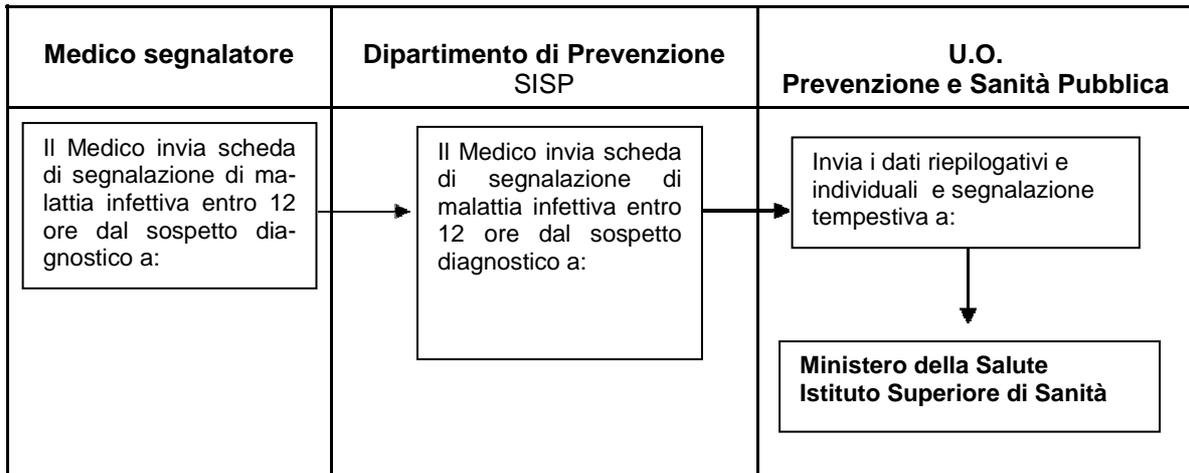
disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno spruzzate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formaldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** vaccino non disponibile. Il trattamento del paziente con ribavirina è efficace se effettuato nei primi 6 giorni della malattia.

Flusso di segnalazione

FEBBRE DI LASSA



FEBBRE GIALLA

Descrizione:

è una malattia acuta dovuta a un virus del genere *Flavivirus*, che può presentare un diverso grado di severità, andando da forme lievi simil-influenzali fino a forme gravi. L'esordio è improvviso con febbre, brividi, cefalea, dolori muscolari diffusi, prostrazione profonda, nausea, vomito.

Nel 15% dei pazienti la malattia progredisce verso la forma grave caratterizzata da ittero, febbre emorragica, segni di insufficienza epatica e renale. Nel 20-50% dei pazienti con ittero la malattia è letale per shock, coma epatico o renale.

L'infezione è endemica nelle zone urbane e forestali delle regioni tropicali e subtropicali dell'Africa, America meridionale (Bolivia, Brasile, Colombia, Ecuador, Perù, Venezuela, Guyana, Argentina, Paraguay) e Panama. L'Asia e l'Oceania sono indenni dalla malattia.

Il tasso di mortalità nelle zone endemiche varia dal 5 al 15%, con picchi elevati durante le epidemie (fino all'80%).

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore per telefono dal sospetto, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

3-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

il sangue dei pazienti è infettivo per le zanzare da poco prima dell'inizio della febbre e per i primi 3-5 giorni di malattia. Non è trasmissibile per contatto o per veicoli comuni. Le zanzare rimangono infettanti per tutta la vita.

Modalità di trasmissione:

mediante la puntura di zanzare infette del genere *Aedes spp*, che pungono prevalentemente nelle ore diurne. La trasmissione avviene al di sotto dei 2.300 metri di altitudine. Il virus della febbre gialla infetta l'uomo e la scimmia. Nella giungla e nelle foreste le scimmie sono i principali serbatoi di infezione e l'uomo si infetta quando si reca nella giungla per lavoro o attività ricreative. Nelle zone urbane l'infezione è trasmessa da un individuo all'altro tramite la puntura di zanzare infette; non è trasmissibile per contatto diretto da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni per il sangue ed i liquidi organici. Impedire che le zanzare pungano il paziente per i primi 5 giorni di malattia con l'uso di zanzariere e insetticidi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

i familiari, altri contatti e i vicini di abitazione non immunizzati vanno vaccinati in tempi brevi.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfestazione della casa del paziente e di quelle vicine con insetticidi efficaci. Indagare le zone visitate dal paziente 3-6 giorni prima dell'inizio della malattia per localizzare il focolaio di febbre gialla. Eradicazione delle zanzare con un insetticida efficace.

Profilassi:

- **vaccinazione:** è disponibile un vaccino costituito da un virus vivo attenuato, coltivato su embrione di pollo, somministrato per via sottocutanea. La protezione inizia 10 giorni dopo la singola dose (il giorno successivo nel caso di richiamo) e gli anticorpi persistono per molti anni (30-35 anni, forse per tutta la vita). In caso di esposizione continua in zone a rischio di infezione vanno effettuati richiami ogni 10 anni (è in corso una revisione da parte dell'OMS del Regolamento Sanitario Internazionale per eliminare i richiami vaccinali). Molti Paesi richiedono un certificato di vaccinazione contro la febbre gialla rilasciato dai Centri vaccinali autorizzati dal Ministero della Salute a tutti i viaggiatori oppure a quelli che provengono o che hanno transitato in zone endemiche.

Rischi per i viaggiatori

il rischio medio di contrarre la malattia per un viaggiatore (non immune) in aree endemiche è di **0,5-5 casi ogni milione di viaggiatori** (per mese di permanenza). Il rischio è **10 volte** più elevato in

Africa rispetto al Sud America. Oltre la vaccinazione, i viaggiatori devono adottare idonee misure di protezione dalle punture di zanzara quando viaggiano in aree endemiche per febbre gialla, tenendo presente le abitudini "diurne" di questo tipo di zanzare.

In caso di epidemia:

vaccinazione di massa iniziando dalle persone più esposte e disinfestazione dei luoghi, conosciuti e potenziali, in cui si riproducono le zanzare del genere *Aedes spp.*

Flusso di segnalazione

FEBBRE GIALLA



FEBBRE TIFOIDE

Descrizione:

infezione batterica causata da *Salmonella typhi*, batterio Gram negativo. Caratterizzata da insorgenza graduale con manifestazioni quali: febbre elevata, cefalea, malessere, dolore addominale, epatomegalia, splenomegalia, macchie rosate sul tronco. Può esservi stipsi. La diarrea è frequente.

Nei casi complicati possono verificarsi emorragie intestinali, modificazioni del sensorio (letargia e modificazioni psichiche), se trattati con terapia antibiotica tempestivamente, il tasso di letalità è ridotto all'1%.

E' diffusa in tutto il mondo, la maggior parte dei casi si verifica nei Paesi in via di sviluppo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da una a tre settimane ma può variare da 3 giorni a 3 mesi a seconda della dose infettante.

Periodo di contagiosità:

fino a quando la *Salmonella typhi* è presente nelle feci.

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche fino alla negativizzazione di 3 coproculture consecutive eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra e a non meno di 48 ore dalla sospensione della terapia antibiotica. Allontanamento dall'attività lavorativa se alimentarista o addetto all'assistenza sanitaria o dell'infanzia, fino alla completa negativizzazione delle coproculture.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

ricerca di altri casi di infezione e se possibile della fonte con particolare riguardo a storie di viaggi in zone endemiche e alle abitudini alimentari. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, questi vanno allontanati dal luogo di lavoro fino a risultato negativo di 2 coproculture eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne).

Provvedimenti sull'ambiente:

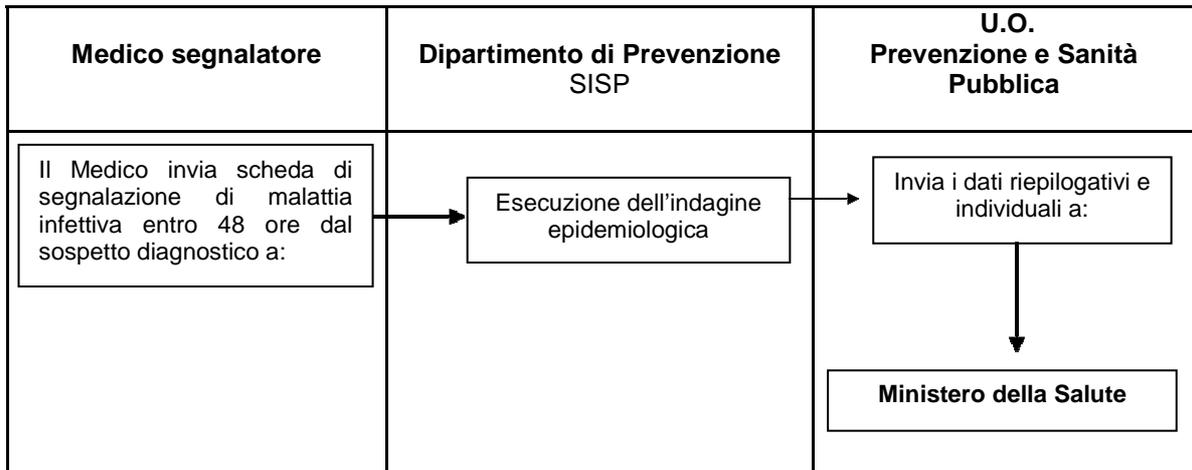
nessuno.

Profilassi:

- **vaccinazione:** è disponibile un vaccino raccomandato per i viaggiatori internazionali verso aree endemiche. Può essere utile per proteggere coloro che sono stati a contatto con i portatori. L'uso del vaccino va preso in considerazione in caso di eventi epidemici.

Flusso di segnalazione

FEBBRE TIFOIDE



FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Haemophilus influenzae*, coccobacillo Gram negativo. Il ceppo "B" (HIB) risulta essere quello maggiormente patogeno e colpisce principalmente i bambini da 2 mesi a 3 anni, raramente oltre i 5 anni. L'esordio può essere subacuto, ma solitamente brusco con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella nei neonati o rigidità nucale e dorsale nei bimbi più grandi. Frequenti torpore e/o coma.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto.

Periodo di contagiosità:

fino a 24-48 ore dall'inizio di una terapia antibiotica efficace.

Modalità di trasmissione:

attraverso le secrezioni naso-faringee.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento fino a 24 ore dopo l'inizio di un idoneo trattamento antibiotico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria dei contatti stretti con particolare riferimento ai bambini di età inferiore a 6 anni. Chemioprolifassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** come da calendario regionale vaccinale; di routine nella prima infanzia.
- **Chemioprolifassi:** raccomandata in caso di malattia da *Haemophilus influenzae* di tipo B per: tutti i contatti familiari in una famiglia con almeno un bambino di meno di 48 mesi (oltre il caso indice), non vaccinato o con ciclo incompleto o immunocompromesso (anche se vaccinato);
- tutti i bambini e il personale (vaccinati e non vaccinati) di asili nido e scuole materne quando nella comunità siano presenti bambini non vaccinati o con ciclo incompleto, e nel caso in cui si siano verificati due o più casi di malattia invasiva entro 60 giorni.
Va valutata la somministrazione della chemioprolifassi anche qualora si sia verificato un solo caso. I bambini non vaccinati oltre alla profilassi devono essere sottoposti anche alla vaccinazione. Non è consigliata la chemioprolifassi quando tutti i bambini della comunità siano stati correttamente vaccinati;
- il caso indice, al termine della terapia dell'infezione invasiva, se non è stato trattato con farmaci che eradicano il germe deve ricevere la chemioprolifassi (rifampicina).

Farmaci: come da indicazioni in tabella.

Tratto da Red Book 2015:

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Rifampicina	< 1 mese	10 mg/kg per os	4 giorni	Non utilizzare in gravidanza Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	≥ 1 mese	20 mg/kg (max 600 mg) per os, 1 volta al giorno	4 giorni	

FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Neisseria meningitidis*, cocco Gram negativo. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco: i siero-gruppi A, B, C, Y e W135 sono quelli più frequentemente implicati nelle forme sistemiche.

L'esordio dei sintomi è rapido, il decorso in alcuni casi è fulminante, con un tasso di letalità che varia dal 5 al 15% e determina sequele permanenti in circa un quinto di coloro che sopravvivono. Si manifesta più comunemente sotto forma di meningite, ma anche come setticemia oppure con la presenza di entrambe.

Infezione diffusa in tutto il mondo con picco di incidenza da fine inverno a inizio primavera.

L'uomo è l'unico serbatoio della malattia.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 2 a 10 giorni, mediamente 3-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

fino a 24 ore dall'istituzione di una corretta terapia antimicrobica, che raggiunga adeguate concentrazioni nelle secrezioni orofaringee.

Modalità di trasmissione:

per contatto diretto attraverso le secrezioni respiratorie della persona infetta.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento nella fase di contagiosità con disinfezione continua delle secrezioni nasali e faringee.

Il caso indice deve ricevere uno schema di profilassi prima della dimissione se è stato curato con antibiotici che non eradicano lo stato di portatore.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

inchiesta epidemiologica atta ad individuare i contatti stretti, regolari e occasionali.

Chemioprofilassi dei contatti stretti.

Sorveglianza sanitaria per 10 giorni dei contatti.

Provvedimenti sull'ambiente:

aerazione dei locali, in particolare nelle condizioni di sovraffollamento.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** come da calendario regionale vaccinale.

- **Chemioprofilassi:** deve essere iniziata idealmente entro 24 ore dopo la diagnosi di un caso indice, per i contatti stretti nei 7 giorni precedenti l'esordio dei sintomi.

La chemioprofilassi non è più indicata solo qualora siano trascorsi più di 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con il paziente (vedi tabella).

Farmaci per la profilassi (tratta da Red Book XXXIX Edizione—VIII Edizione Italiana):

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Ciprofloxacina	> 18 anni	500 mg per os	Dose singola	Non utilizzare in gravidanza. Utilizzare solo se non sono stati identificati nella comunità ceppi di <i>N. meningitidis</i> resistenti ai fluorochinoloni
Rifampicina	< 1 mese	5 mg/kg per os ogni 12 ore	2 giorni	Non utilizzare in gravidanza. Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	≥ 1 mese	10 mg/kg (max 600 mg) per os ogni 12 ore	2 giorni	
	Adulti	Max 600 mg per os ogni 12 ore	2 giorni	
Ceftriaxone	< 15 anni	125 mg intramuscolo	Dose singola	Per ridurre il dolore dovuto all'iniezione diluire con lidocaina all'1%
	≥ 15 anni	250 mg intramuscolo	Dose singola	
Azitromicina		10 mg/kg (max 500 mg)	Dose singola	Non raccomandato di routine; equivalente alla Rifampicina per l'eradicazione di <i>N. meningitidis</i> dal nasofaringe in uno studio

FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Streptococcus pneumoniae*, diplococco Gram positivo. Sono noti almeno 90 sierotipi capsulari, ceppi in grado di provocare meningite e malattia invasiva pneumococcica.

L'esordio dei sintomi è brusco con febbre alta, letargia oppure coma e irritazione meningea.

Infezione diffusa in tutto il mondo, ha un'alta incidenza nei neonati e nella prima infanzia, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi, soprattutto nella stagione invernale.

Comuni fattori predisponenti sono l'impianto cocleare e la frattura della base cranica che comporta fistole di comunicazione con il nasofaringe.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto, probabilmente breve 1-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

non noto, può durare fino a che il germe sia presente nelle secrezioni respiratorie, ma presumibilmente meno di 24 ore dall'istaurarsi di un'efficace terapia antibiotica.

Modalità di trasmissione:

da persona a persona, per contatto tramite goccioline e secrezioni respiratorie; il contatto diretto con una persona affetta da malattia pneumococcica causa uno stato di portatore nasofaringeo di *S. pneumoniae* piuttosto che la malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni standard nel paziente ospedalizzato.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

l'indagine dei contatti e della fonte di infezione non ha alcun valore pratico.

Provvedimenti sull'ambiente:

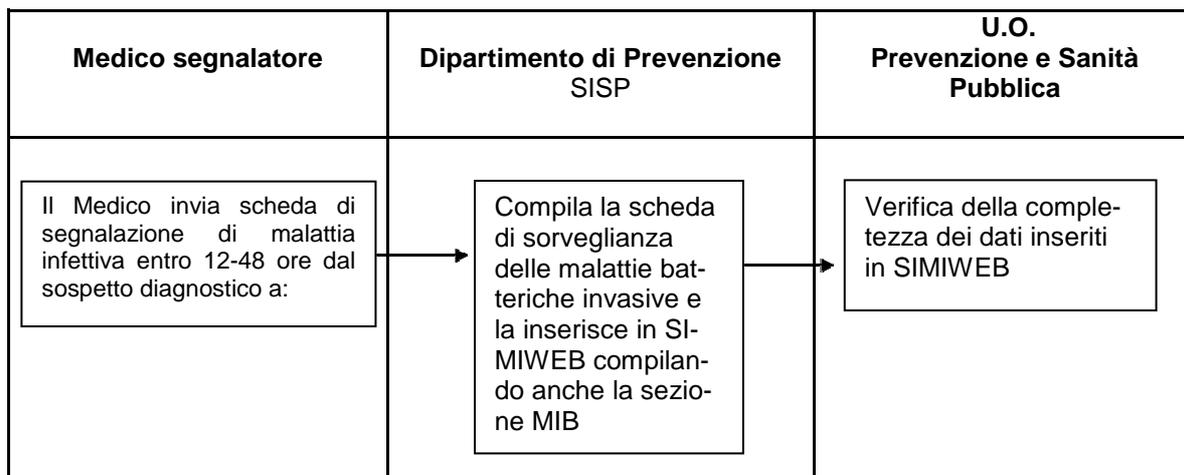
non previsti.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** rappresenta il principale strumento di prevenzione. Vaccinare il caso indice secondo l'età del soggetto.
- **Chemioprofilassi:** non è raccomandata (non sempre è efficace e può indurre resistenza).

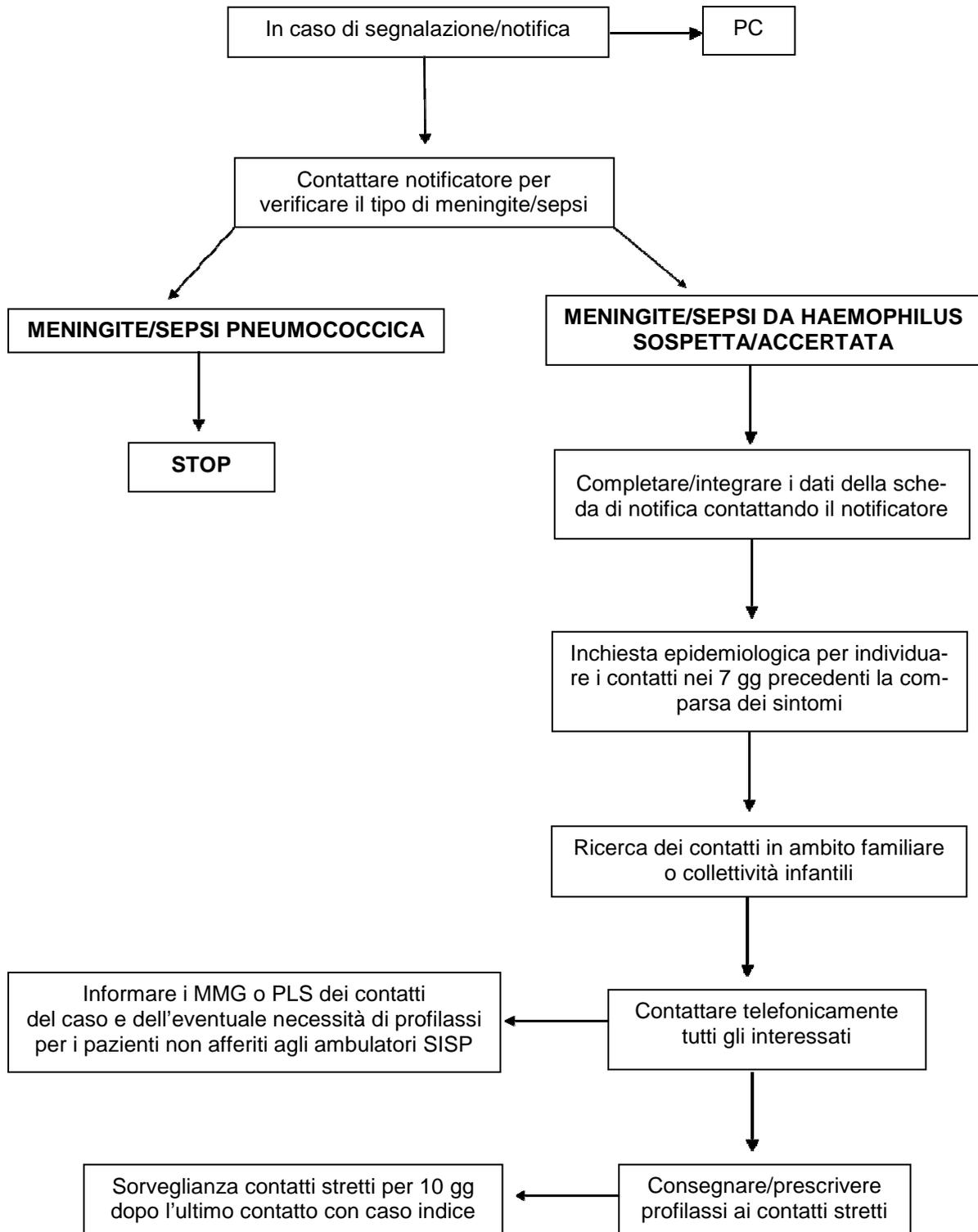
Flusso di segnalazione

MALATTIE BATTERICHE INVASIVE



ISTRUZIONI OPERATIVE

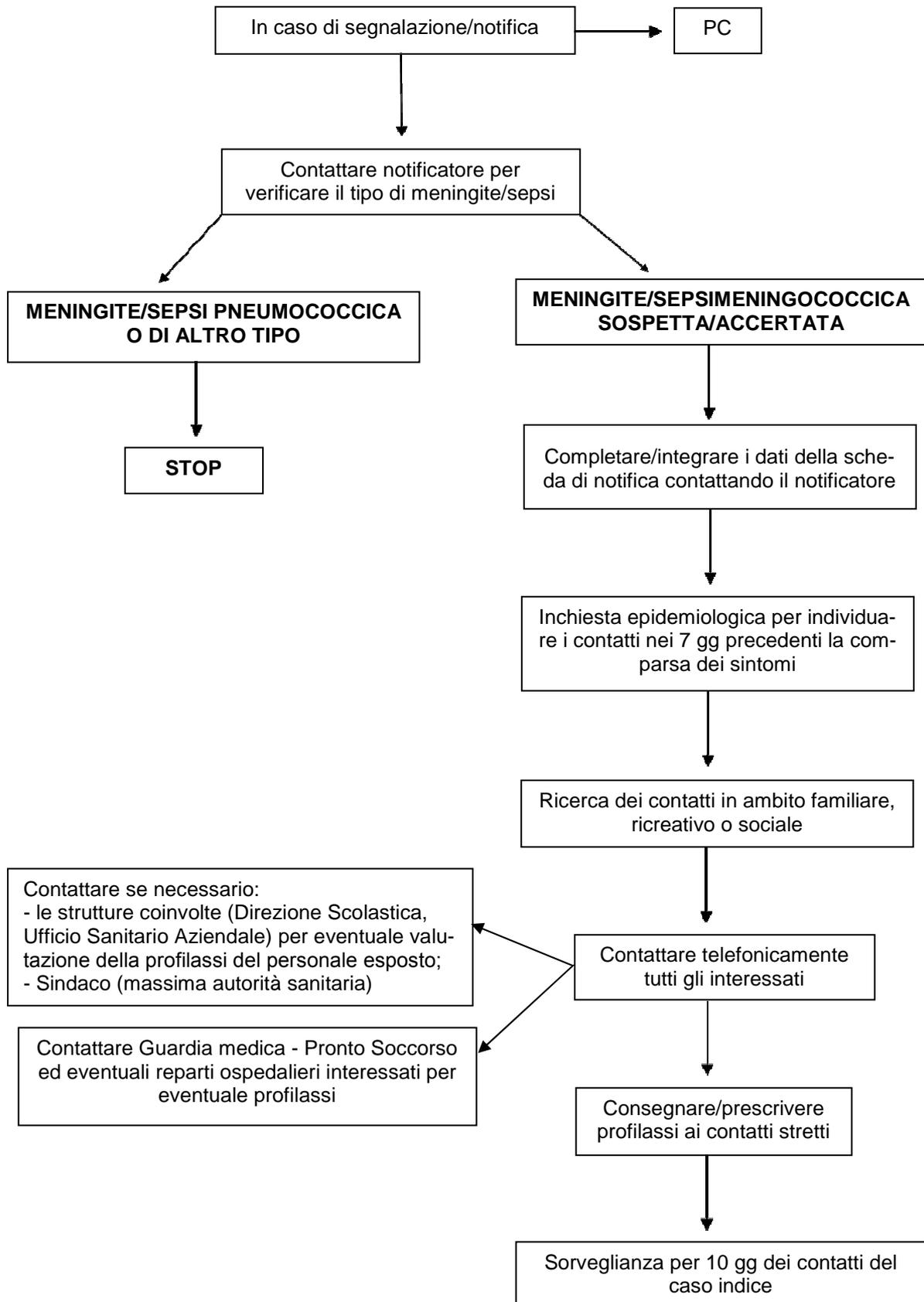
FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B



COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	CONTATTATO IN DATA \ORE	PROFILASSI PRESCRITTA il	PROFILASSI CONSEGNA- TA il	Medico di base

ISTRUZIONI OPERATIVE

FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS



Prot. _____

Al Dirigente Scolastico
Scuola

e p.c. Al Sig. Sindaco del
Comune di

Oggetto: caso di sospetta meningite meningococcica.

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico dell'alunno _____ frequentante la classe _____ di codesto Istituto, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei ragazzi frequentanti la classe _____, degli insegnanti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per:

- eventuali informazioni
- garantire un accesso presso la scuola qualora ritenuto opportuno
- la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- la consegna diretta del farmaco.

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura dell'Istituto quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per coloro che non sono stati in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Firma

.....

Prot. _____

Al Dirigente Ditta/Azienda

e p.c. Al Sig. Sindaco del
Comune di

Oggetto : caso di sospetta meningite meningococcica.

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico del/la Sig/Sig.ra _____ dipendente di codesto Ditta/Azienda, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei dipendenti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per:

- eventuali informazioni
- garantire un accesso presso la Ditta qualora ritenuto opportuno
- la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- la consegna diretta del farmaco

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura della Ditta/Azienda quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per coloro che non sono stati in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Firma

.....

Al Medico Curante
del Sig

Gent.mo Collega,

Ti informo che, in seguito ad un'indagine epidemiologica effettuata per un caso di meningite batterica, è emerso che il Tuo assistito _____ è stato esposto a rischio di infezione. Pertanto si è ritenuto opportuno, fornirgli direttamente i farmaci necessari per la profilassi, informandolo sul possibile rischio di infezione e dei possibili effetti collaterali del farmaco.

E' stato inoltre invitato a rivolgersi al proprio curante per eventuali e ulteriori necessità.

Nel ringraziarTi per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Firma

.....

Data _____

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER MENINGITE/SEPSI BATTERICA

CASO DI: **MENINGITE** **SEPSI** **DATA INCHIESTA:**

DATA SEGNALAZIONE |__| |__| |__| |

scritta telefonica (dati segnalatore) _____
email _____

Colloquio effettuato con:

Paziente Coniuge altro _____
Cognome e nome _____ Tel _____

Dati paziente:

Cognome e Nome: _____ M F

Data di nascita: |__| |__| |__| | **Residente a:** _____

in via _____ N. _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso)

CURANTE MMG/PLS: _____ Tel. _____

Data inizio sintomi: |__| |__| |__| | **Ricovero:** Data |__| |__| |__| |

Struttura di ricovero e Medico Referente:

Sintomatologia d'esordio:

Terapia effettuata pre-diagnosi NO SI (specificare farmaci, dosaggi, date, orari):

Patologie pre-esistenti (immunodepressione, patologie cronico degenerative, traumi...)

NO SI (precisare)

Vaccinato NO SI

Meningococco ACYW n. dosi__ Meningococco B n. dosi__ Meningococco C n. dosi__

Hib n. dosi__ Pneumococco 23 valente n. dosi__ Pneumococco 13 valente n. dosi__

E' stato a contatto con un altro caso di meningite?

NO SI nome caso _____ data Esposizione |__| |__| |__| |

Chemioprophilassi NO SI Farmaco _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE

Liquor aspetto: limpido torbido purulento

Coltura liquor (data |__| |__| |__| |) sangue (data |__| |__| |__| |)

Altro (precisare tipo di test, data di effettuazione) _____

AGENTE ETIOLOGICO IDENTIFICATO NO SI (precisare) _____

Presso il laboratorio dell'Ospedale di _____

Invio ceppo all'ISS NO SI inviato da _____ data |__|_|_|

Esito sierotipizzazione _____ pervenuto in data |__|_|_|

Ceppo resistente alla Rifampicina NO SI

ESITO:

Guarigione data dimissione |__|_|_|

Decesso data |__|_|_| indicare se dovuto ad altra causa _____

Reliquati (esiti neurologici/paresi, deficit uditivi di grado lieve/elevato, amputazioni per necrosi periferica, deficit cognitivi) _____

COLLETTIVITA'

Data inizio esposizione a rischio dei contatti (10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi)

|__|_|_|

Se studente:

Scuola (sede e classe) _____

Data ultima frequenza |__|_|_|

Altre classi frequentate (specificare classi, tipo di attività)

Se lavoratore:

Professione _____ Ditta _____

Data ultima frequenza |__|_|_|

Altre collettività frequentate (società sportiva, oratorio, scout, ecc) (sede, tipo di attività e di contatto)

Comunicazioni effettuate agli enti e alle persone interessate (specificare data) Direzione

Sanitaria |__|_|_| MMG/PLS |__|_|_| Regione |__|_|_|

Sindaco |__|_|_| Cittadini/famiglie |__|_|_| Ditta/scuola |__|_|_|

Organi di stampa |__|_|_| Medico competente |__|_|_|

Chemioprofilassi (tabella riassuntiva dei contatti riportati nell'allegato)

Ambito (specificare famiglia, scuola, lavoro ecc.)	N. bambini	N. Adulti	Farmaco utilizzato	Data somministra- zione

Vaccinoprofilassi

Seduta vaccinale eseguita in data |__| |__| |__| | ambulatorio di _____

N. bambini _____ N. adulti _____

NOTE:

Assistente Sanitaria/o

Sorveglianza sanitaria conclusa in data |__| |__| |__| |

COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	Contattato in Data/Ore	Profilassi prescritta il	Profilassi con- segnata il	Medico di ba- se

INFEZIONE DA HIV

Descrizione:

infezione provocata da un retrovirus ad RNA dell'immunodeficienza umana (HIV1 2 HIV 2), che appartiene alla famiglia dei *Retroviridae*. La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) rappresenta il quadro più grave.

Si definisce caso confermato qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per l'infezione da HIV.

L'HIV 1 causa la maggior parte dei casi di AIDS nell'emisfero occidentale, Europa, Asia, Africa Centrale, meridionale ed orientale.

L'HIV 2 è maggiormente presente in Africa occidentale. In alcune regioni dell'Africa occidentale sono presenti entrambi i microorganismi.

Tempi di segnalazione:

non previsto. Invio delle schede di segnalazione dei soli casi positivi dalle strutture di afferenza ai Dipartimenti di Prevenzione.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il tempo che intercorre dal momento dell'infezione allo sviluppo di anticorpi evidenziabili è di solito di 1-3 mesi. Il tempo che intercorre tra l'infezione da HIV e la diagnosi da AIDS conclamata può durare anche diversi anni.

Periodo di contagiosità:

il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'HIV è detto "periodo finestra" e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta sieronegativa è comunque in grado di trasmettere l'infezione.

Modalità di trasmissione:

i principali modi di trasmissione dell'HIV sono:

- contatto sessuale (vaginale, anale e orale);
- percutaneo (attraverso aghi o altri strumenti aguzzi contaminati);
- mucosale attraverso il contatto con sangue o altri liquidi corporei contaminati;
- trasmissione materno-fetale pre o perinatale con l'allattamento;
- trasmissione attraverso sangue o sue componenti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

l'isolamento dei pazienti con infezione da HIV non è necessario, è inefficace e non giustificato. Le precauzioni universali si applicano a tutti i pazienti ospedalizzati.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione degli strumenti contaminati da sangue e da secrezioni o da liquidi organici e da escrezioni secrezioni visibilmente contaminate da sangue e da liquidi organici.

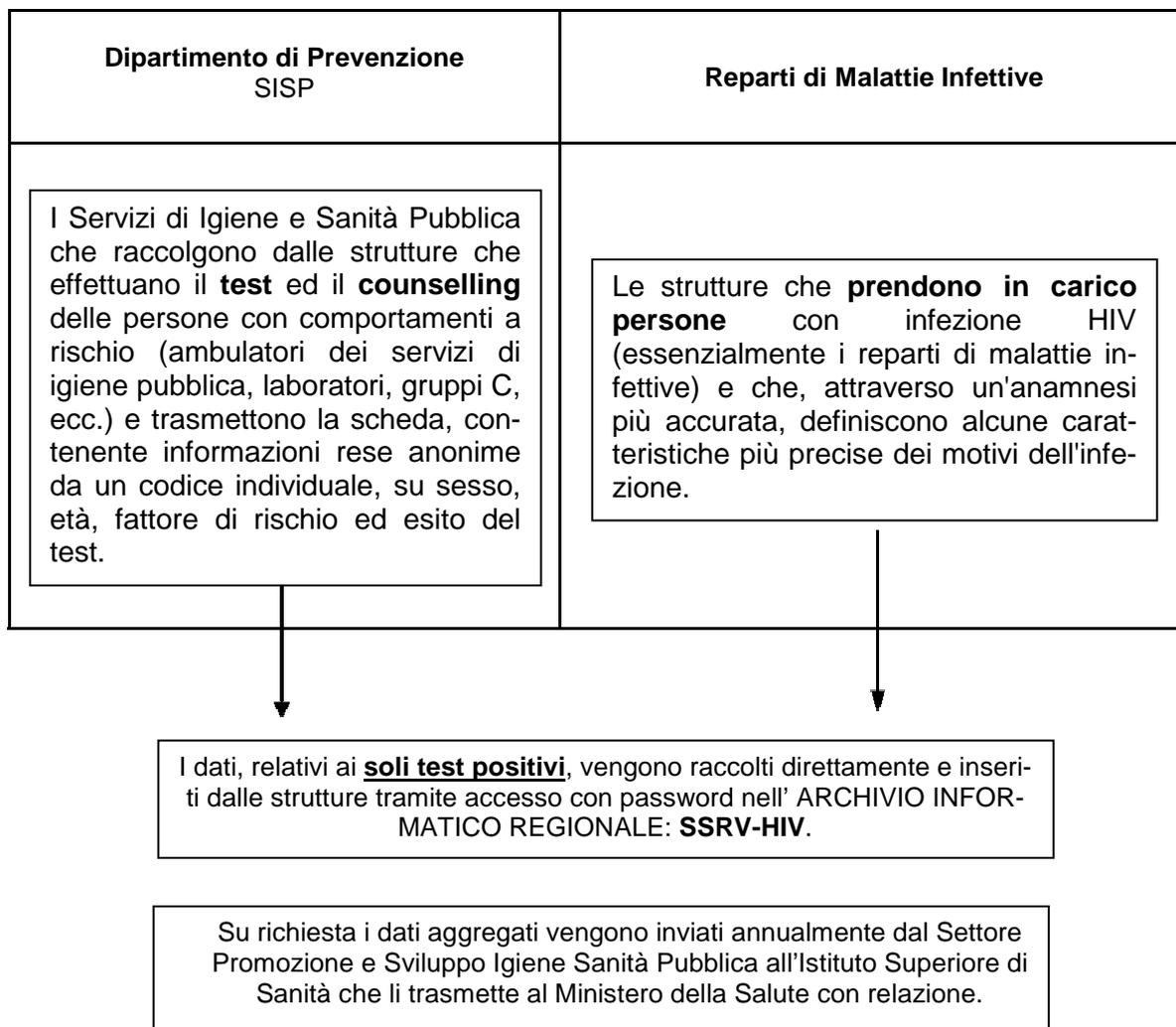
Profilassi:

- **Vaccinazione:** non disponibile
- **Terapia** antiretrovirale specifica.

Flusso di segnalazione

INFEZIONE DA HIV

L'organizzazione del sistema ha individuato due tipi di strutture:



INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA

Descrizione:

malattia infettiva causata dal *Rubivirus* della famiglia dei *Togaviridae*. L'uomo è l'unico ospite. La rosolia contratta in gravidanza può provocare anomalie gravi del feto, fino al 90% dei neonati nati da donne con rosolia nel primo trimestre possono avere manifestazioni cliniche permanenti o transitorie, talora misconosciute: sordità, cataratta, glaucoma congenito, cardiopatia congenita, basso peso alla nascita, diarrea cronica, trombocitopenia, ittero, etc.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di contagiosità del soggetto affetto da rosolia congenita:

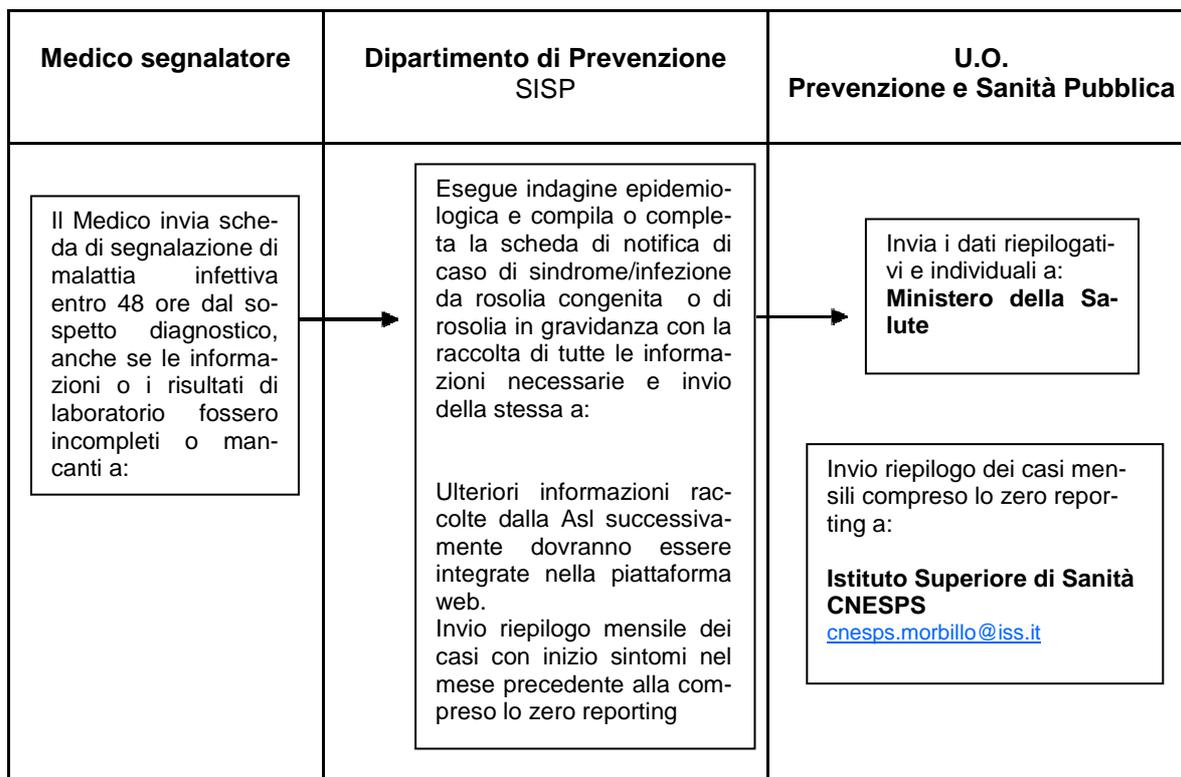
alcuni lattanti con rosolia congenita possono eliminare virus nelle secrezioni naso faringee e nelle urine per molti mesi; è importante evitare contatti con donne gravide suscettibili.

Modalità di trasmissione:

durante la viremia può esserci passaggio intrauterino del virus. La rosolia congenita può verificarsi se l'infezione nella madre avviene entro le prime 20 settimane di gestazione.

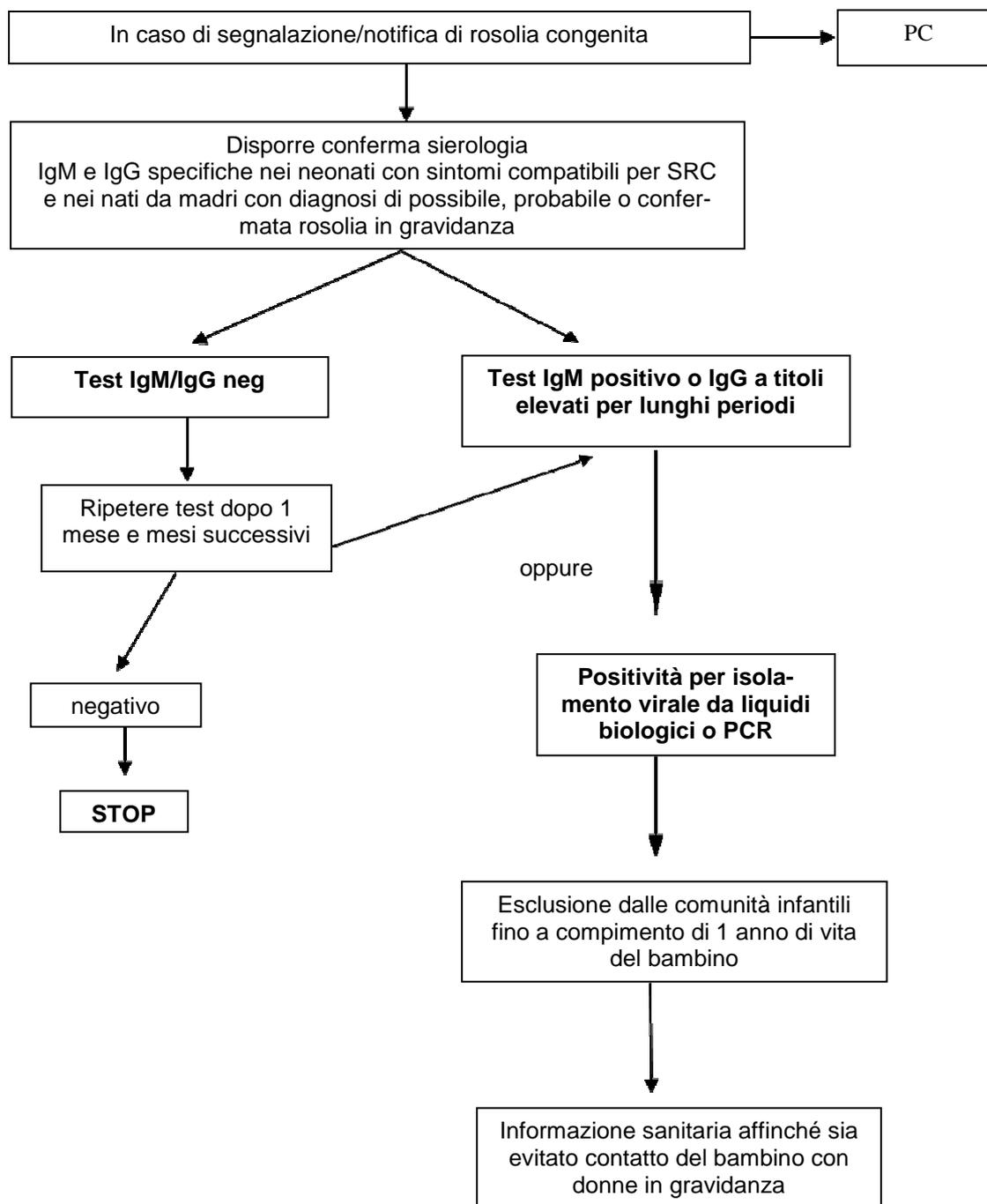
Flusso di segnalazione

INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA



ISTRUZIONI OPERATIVE

INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA (SRC)



INFLUENZA

Descrizione:

l'influenza è una malattia virale acuta provocata da *Orthomyxovirus* di tre tipi antigenici A, B, C. I tipi A e B sono in grado di causare la malattia epidemica.

L'influenza può diffondersi in forma pandemica (rara), epidemica (almeno annuale), con focolai localizzati e con casi sporadici. Nelle zone a clima temperato, le epidemie tendono a verificarsi durante l'inverno, nelle regioni tropicali invece nella stagione delle piogge anche se epidemie o casi sporadici possono verificarsi nel corso dell'anno.

È possibile che l'infezione abbia un decorso asintomatico, ma nella maggior parte dei casi i sintomi più comuni includono: febbre, tosse, mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, dolori muscolari e delle articolazioni, cefalea e malessere generale, mancanza di appetito. Soprattutto nei bambini, si possono manifestare anche sintomi a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito, diarrea). Nei casi non complicati, i sintomi si risolvono spontaneamente entro una settimana dall'esordio.

Le complicanze dell'influenza vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (es. diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini).

Sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio, nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.

Tempi di segnalazione:

- vanno notificati tutti i casi di influenza con isolamento virale attraverso la scheda di segnalazione di malattia infettiva;
- dalla stagione pandemica 2009/10 è attivo in Italia il monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata. Vanno segnalati i casi gravi e complicati di influenza, SARI (gravi infezioni respiratorie acute) e ARDS (sindromi da distress respiratorio acuto), le cui condizioni prevedano il ricovero in UTI (unità di terapia intensiva) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (Ossigenazione Extracorporea a Membrana).

Scheda Specifica di Flusso: SI, prevista per le forme gravi e complicate di influenza confermata.

Periodo di incubazione:

generalmente di 1-4 giorni, con una media di due.

Periodo di contagiosità:

i pazienti affetti da influenza sono già contagiosi durante il periodo d'incubazione, prima della manifestazione dei sintomi. Una persona adulta può trasmettere il virus da tre a sette giorni dopo l'inizio della malattia. I bambini invece sono contagiosi più a lungo.

Serbatoio:

l'uomo è il principale serbatoio per le infezioni umane; uccelli, suini e altri mammiferi sono probabili fonti di nuovi sottotipi umani che si ritiene emergano per riassortimento genetico.

Modalità di trasmissione:

per via aerea, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni respiratorie, sia per via diretta (tosse, starnuti, colloquio a distanza molto ravvicinata) che indiretta (dispersione delle goccioline e secrezioni su oggetti e superfici).

Provvedimenti nei confronti del malato:

se possibile isolamento respiratorio per i primi 5-7 giorni di malattia, adozione delle misure di igiene respiratoria, trattamento sintomatico e in casi specifici, in base alle condizioni cliniche, valutare il trattamento con antivirali.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

in casi selezionati valutare chemioprophilassi con antivirali.

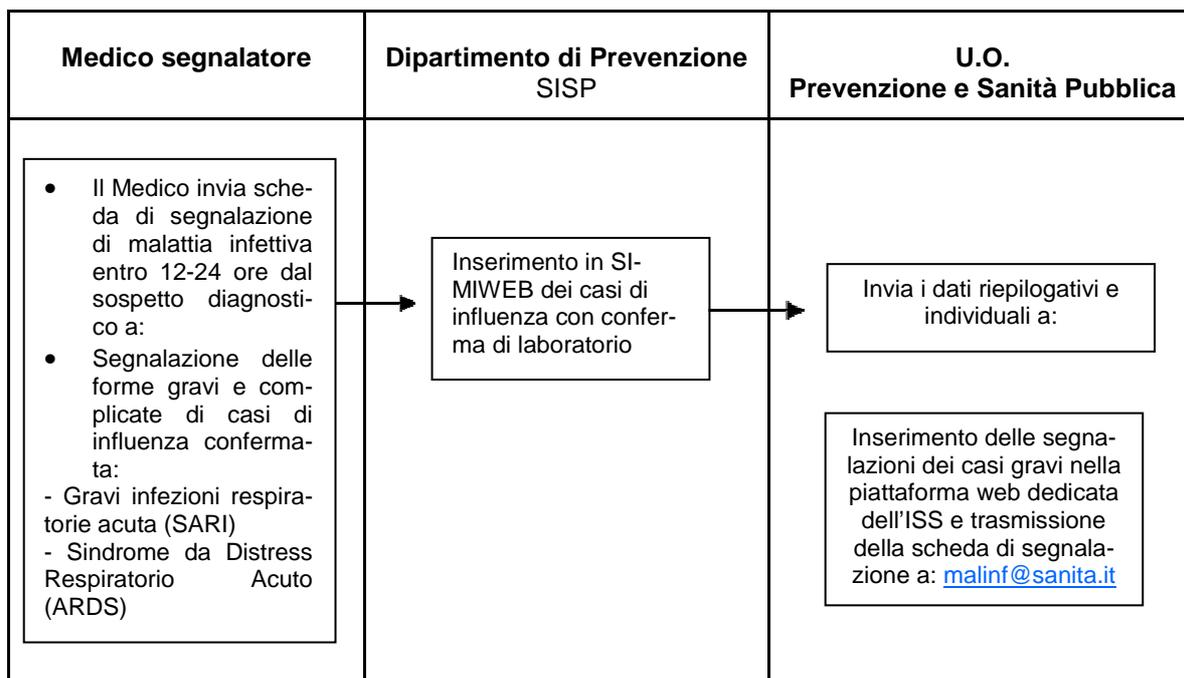
Provvedimenti sull'ambiente: aerazione frequente e sanificazione ordinaria di superfici ed ambienti.

Profilassi:

- adozione di idonee misure di igiene respiratoria:
 - * lavare spesso le mani con acqua e sapone, e in particolare dopo avere tossito e starnutito, coprire naso e bocca con un fazzoletto (possibilmente di carta) quando si tossisce e/o dopo avere frequentato luoghi e mezzi di trasporto pubblici; se acqua e sapone non sono disponibili è possibile usare, in alternativa, soluzioni detergenti a base di alcol;
 - * in caso di starnuto gettare immediatamente il fazzoletto usato nella spazzatura o nella biancheria da lavare;
 - * evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani non lavate;
 - * rimanere a casa se malati, evitando di intraprendere viaggi e di recarsi al lavoro o a scuola, in modo da limitare contatti possibilmente infettanti con altre persone, nonché ridurre il rischio di complicazioni e infezioni concomitanti (superinfezioni) da parte di altri batteri o virus.

- **Vaccinazione:** vaccinazione antinfluenzale specifica.

- **Terapia con farmaci antivirali:** in casi selezionati (il loro impiego a scopo preventivo è riservato a situazioni particolari, ovvero in soggetti in cui l'influenza rappresenta un alto rischio ma non è possibile utilizzare il vaccino a causa di controindicazioni).



LEGIONELLOSI

Descrizione:

infezione da *Legionella spp.* che presenta due manifestazioni cliniche:

- 1) Febbre di Pontiac: sintomatologia simil-influenzale;
- 2) Malattia dei Legionari: malattia respiratoria (polmonite) da lieve a progressiva con febbre, tosse, distress respiratorio, fino ad insufficienza respiratoria e morte (altri sintomi possibili: brividi, mialgia, manifestazioni gastrointestinali, del SNC e renali).

La maggior parte delle infezioni è dovuta a *Legionella pneumophila* sierogruppo 1 ubiquitaria.

Le manifestazioni cliniche sono più frequenti in estate ed in autunno.

Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali ed artificiali: acque sorgive, comprese quelle termali, fiumi, laghi, fanghi, etc. Da questi ambienti esse raggiungono quelli artificiali come condotte cittadine ed impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

- 1) Febbre di Pontiac: 1-2 giorni;
- 2) Malattia dei Legionari: 2-10 giorni (prevalentemente 5-6 giorni).

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

mediante inalazione di acqua aerosolizzata contaminata con *Legionella pneumophila*.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca della sorgente in base alle risultanze dell'indagine epidemiologica:

- impianti di distribuzione dell'acqua (impianto idrosanitario, fontane, impianto di irrigazione, etc.);
- impianti di condizionamento con torri di raffreddamento o condensatori evaporativi.

Eventuali interventi di bonifica secondo normativa (cfr. in appendice) e norme di buona tecnica.

Profilassi:

nessuna.

Flusso di segnalazione

LEGIONELLOSI

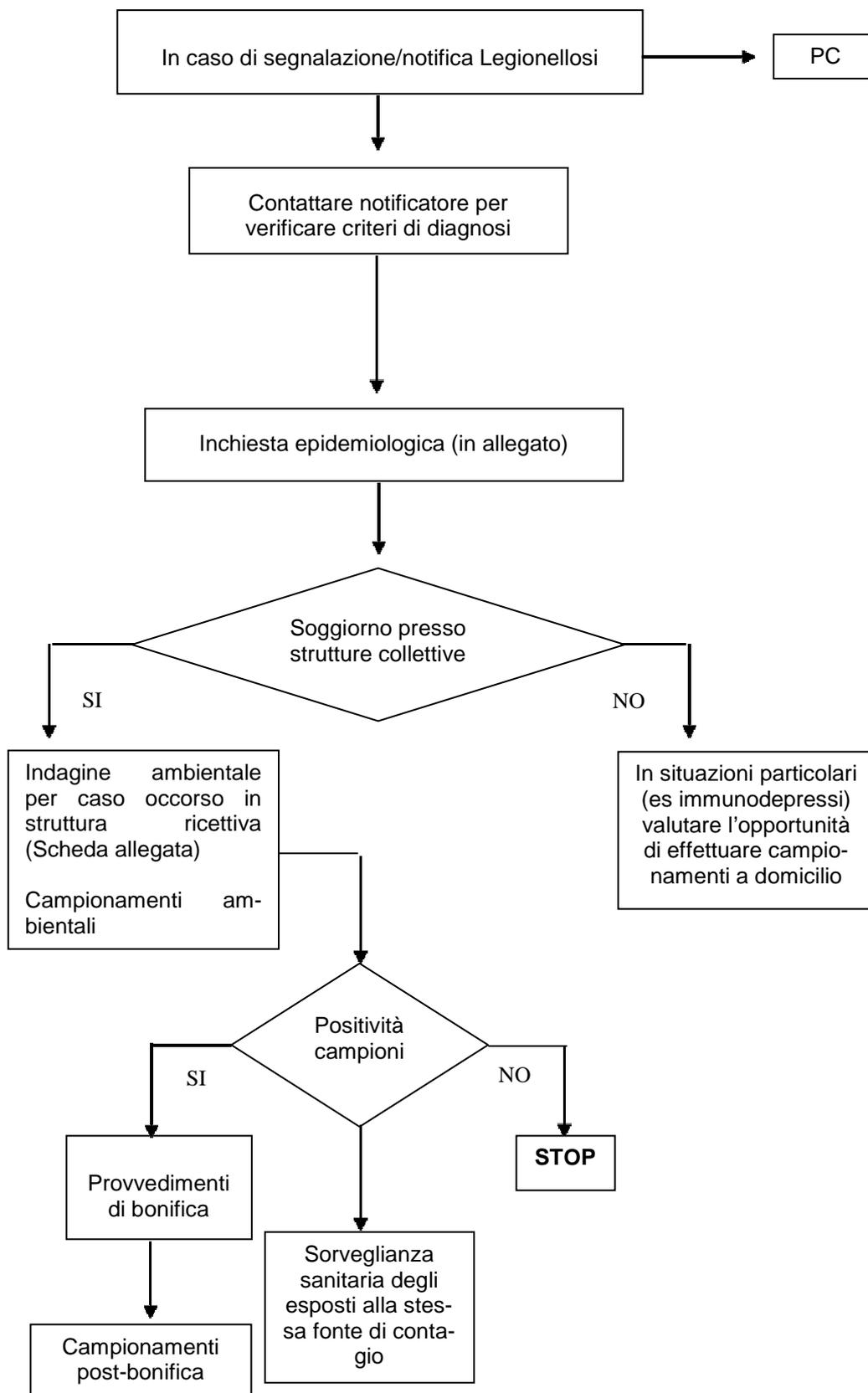
Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p> <p>Notifica dei focolai di legionellosi <u>entro 24 ore</u> al SISP di diagnosi</p> <p>Invio da parte della struttura di diagnosi dei ceppi clinici sospetti di legionella eventualmente isolati per tipizzazione e conferma all'ISS. Dr.ssa Maria Luisa Ricci tel 06.49902856</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione dell'indagine epidemiologica - Invio scheda di sorveglianza dopo la conferma della diagnosi e relazione a completamento dell'indagine ambientale - Comunicazione alle Asl sedi delle strutture ricettive frequentate dal paziente 	<p>U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica. Fax 041.2791355 sanita.pubblica@regione.veneto.it</p> <p>Ministero della Salute Dipartimento SPI Dir. Gen. Prevenzione Uff. 05 EX DGPREV Mal. Infettive e Profilassi Internazionale Fax 06.54943096</p> <p>Istituto Superiore di Sanità CNESPS Fax 06.44232444</p> <p>Il successivo invio della scheda/relazione all'ISS è previsto quale completamento delle informazioni già trasmesse.</p>

Sorveglianza internazionale della legionellosi nei viaggiatori

European Working Group for Legionella Infections (EWGLI)	Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza)
<p><u>Segnala all'ISS</u> (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) i casi di legionellosi che si sono verificati in viaggiatori stranieri che hanno trascorso un periodo in Italia, riportando informazioni sulle strutture ricettive in cui hanno soggiornato i pazienti e che potrebbero rappresentare le fonti di infezione.</p>	<p>Segnala i casi a:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Ministero della Salute</u>- Alle competenti <u>Autorità delle Regioni e delle ASL coinvolte</u> al fine di attivare l'indagine epidemiologica-ambientale <p>Il risultato delle indagini che i referenti regionali inviano all'ISS viene poi trasmesso al gruppo di lavoro europeo.</p>

ISTRUZIONI OPERATIVE

LEGIONELLOSI



INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER CASO OCCORSO IN STRUTTURA RICETTIVA**DATI GENERALI**

Notifica del:

A carico di:

Pervenuta il:

Il soggetto ha soggiornato presso la struttura:

dal _____ al _____

Apertura struttura: Stagionale Continuativa

Inizio sintomi:

RILIEVI A CARATTERE SANITARIOE' presente un registro per le chiamate sanitarie: si no A chi si rivolge la struttura in caso di necessità: 118 medico altro

Nome e cognome del medico:

Telefono:

Contatto con il medico si no

Quali informazioni riferisce? _____

Altri ospiti hanno manifestato sintomi simil-influenzali: si no Manifestazioni di sintomi specifici a carico dei dipendenti: si no E' possibile dalle informazioni inviare risalire all'ubicazione stanza/piazzola: si no

Se si, quale numero/

denominazione _____

Come sono le condizioni generali delle struttura: buone discrete scadenti insufficienti Come sono le condizioni igieniche delle camere: buone discrete scadenti insufficienti

E in particolare quella della stanza dove ha soggiornato il paziente:

buone discrete scadenti insufficienti

Sono presenti e in funzione:

piscina idromassaggio fontane centro benessere altro Condizioni igieniche: buone discrete scadenti insufficienti

NOTE E/OSSERVAZIONI

--

Data _____

A. S. _____

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA LEGIONELLOSI

Data dell'intervista: |__| |__| |__|

Informazioni personali

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ Maschio Femmina

Residenza: Via _____ Tel _____

Comune: _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso)

Medico di Base _____ Tel _____

Persona che risponde al questionario:

Paziente Coniuge Fratello/Sorella altro _____

Cognome e nome _____ Tel _____

Ospedalizzazione per legionellosi:

Ospedale _____ Reparto _____

Medico Ospedaliero _____ Tel _____

Data inizio sintomi: |__| |__| |__|

Data ricovero: |__| |__| |__| Data dimissione: |__| |__| |__|

Esito: Guarigione Esiti/Complicanze _____

Decesso Data decesso: _____

Diagnosi di laboratorio:

Antigene urinario Sierologia

Specie/sierogruppo: L. pneumophila gruppo 1

L. pneumophila altri sierogruppi

Altre specie _____

Fattori di rischio

Abitudine al fumo NO SI da quanto tempo _____ quantità _____

Abitudine all'alcool NO SI quantità _____

Malattie concomitanti NO SI Specificare _____

Trapianto d'organo NO SI Specificare _____

Chemioterapia NO SI Specificare _____

Somministrazione di corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi NO SI Specificare _____

Ossigenoterapia a domicilio nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi NO SI

Specificare _____

Trattamenti medici nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure

termali, cure inalatorie, aerosol etc...) NO SI Specificare

Ricovero ospedaliero nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare (Ospedale – Reparto – n. stanza – periodo)

Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione
(albergo – terme – campeggio – nave – parco acquatico – fiera - altra abitazione, ecc)

Nome e indirizzo

Operatore turistico

In gruppo Individuale Dal |__| |__| |__| | Al |__| |__| |__| |

Esposizione ad acqua aerosolizzata (fontane, getti d'acqua, parrucchiere/estetista ecc...)

Rischio professionale

Professione _____ Ditta: _____

Reparto e Ultimo giorno di lavoro _____

Nei 10 giorni precedenti l'esordio:

Esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO

Utilizzo della doccia SI NO

Luogo con presenza di torri di raffreddamento SI NO

Rischio abitazione

Tipo di casa: Singola Appartamento Altro _____

Anno/periodo di costruzione della casa: _____

Caldaia: Autonoma Condominiale

Tipo di caldaia: Istantanea Boiler Serbatoio di accumulo

Addolcitore Anticalcare: SI NO Manutenzione regolare filtro SI NO

Approvvigionamento idrico: Acquedotto Comunale Pozzo Privato Sorgente

Utilizzo prevalente di: Vasca da bagno con idromassaggio SI NO Doccia

Utilizzo di umidificatore domestico: SI NO _____

Impianto di aria condizionata: SI NO Centralizzato Split

Funzionante nel periodo precedente l'inizio dei sintomi: SI NO

Manutenzione ordinaria impianto idraulico: Programmata/regolare Non regolare

Presenza di calcare su augelli e soffioni: Modesta Normale Rilevante

Pulizia e disincrostazione augelli/soffioni: Regolare Non regolari

Recenti interventi di riparazione/manutenzione impianto idrotermosanitario: NO SI

Recenti interruzioni di fornitura dell'acqua e/o guasti della rete idrica comunale: SI NO

Lavori in corso nelle vicinanze dell'abitazione: SI NO

Presenza di torri di raffreddamento o torri evaporative nelle vicinanze: SI NO

L'abitazione dispone di:

Giardino SI NO

Sistema di irrigazione Manuale Automatico

Fontane ornamentali SI NO

Altre attività a rischio:

Utilizzo autolavaggio NO SI Frequenza _____

Indirizzo _____

Utilizzo di idropulitrici: SI NO

Utilizzo di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi, centri balneari, centri benessere nei 10 giorni precedenti l'esordio dei sintomi: SI NO

Indirizzo _____

Mezzi di trasporto abituale: _____

Utilizzo di erogatori idrici in parchi/cimiteri/giardini SI NO

Hobby praticati con regolarità NO SI _____

A.S.

LEPTOSPIROSI

Descrizione:

la leptospirosi è provocata da spirochete del genere *Leptospira*. E' una malattia acuta febbrile con diverse manifestazioni cliniche derivanti da una vasculite. La gravità dei sintomi va da una malattia che guarisce spontaneamente (circa 90% dei casi) ad una forma letale con ittero, insufficienza renale e polmonite emorragica. L'andamento è tipicamente bifasico, con una setticemia acuta che dura una settimana, seguita da una fase immunomediata.

Indipendentemente dalla gravità, l'insorgenza è generalmente improvvisa, con sintomi non specifici, simil-influenzali, (febbre, brividi, cefalea, nausea, vomito e *rash* transitorio). Il segno clinico più caratteristico è l'emorragia congiuntivale non purulenta (30-99% dei casi) e le mialgie del polpaccio e delle regioni lombari (40-100% dei casi). In alcuni pazienti queste due fasi sono separate da una breve riduzione della febbre (3-4 giorni).

La durata dei sintomi di entrambe le fasi varia da meno di una settimana a vari mesi. Spesso la malattia è asintomatica o subclinica e si verifica una sierconversione particolarmente in zone endemiche.

Si tratta di una malattia diffusa in tutto il mondo con esclusione delle regioni polari.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

5-14 giorni, con un *range* di 2-20 giorni.

Periodo di contagiosità:

le leptospire possono essere escrete nelle urine di solito per un mese ma anche per periodi molto più lunghi dopo la malattia acuta. La trasmissione diretta da persona a persona è rara.

Modalità di trasmissione:

per contatto della cute, in particolare se abrasa, oppure delle mucose con acqua, suolo umido, oppure vegetazione contaminata con urine di animali infetti; per contatto diretto con urine o tessuti di animali infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

in genere il paziente è ospedalizzato: precauzioni nei confronti di sangue e liquidi organici. E' prevista la disinfezione continua degli oggetti contaminati con le urine.

Provvedimenti nei confronti di contatti/esposti:

proteggere i lavoratori implicati in occupazioni rischiose attraverso la fornitura di stivali, guanti, camici.

Provvedimenti sull'ambiente:

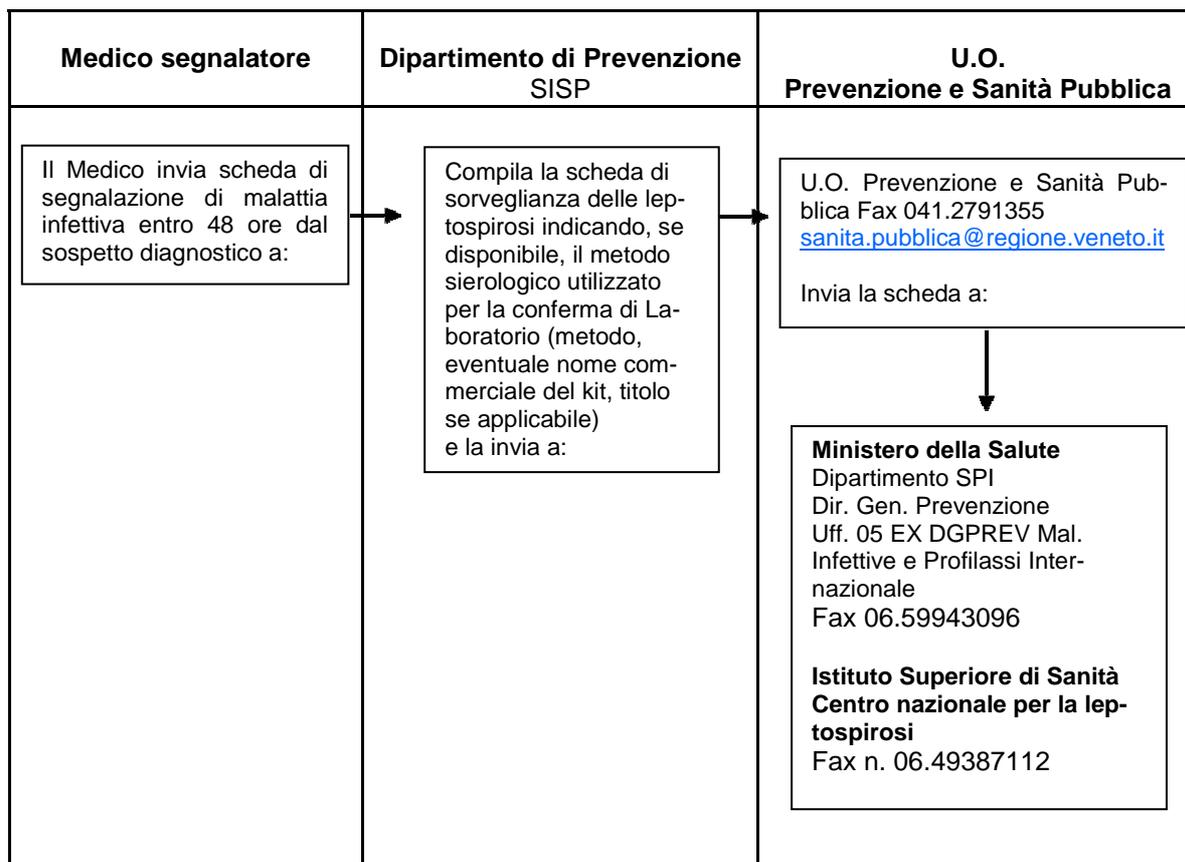
verificare le fonti di esposizione e le possibili misure di controllo.

Profilassi:

- **vaccino**: non disponibile in Italia.
- **chemioprofilassi**: valutare l'opportunità per i soggetti a rischio: 200 mg di doxiciclina, 1 volta alla settimana durante l'intero periodo di esposizione.

Flusso di segnalazione

LEPTOSIROSIS



LISTERIOSI

Descrizione:

infezione trasmessa con gli alimenti. Colpisce per lo più persone anziane, gravide o immunocompromesse. L'agente patogeno, il batterio *Listeria monocytogenes* si trova nel suolo e nelle acque, e quindi può facilmente contaminare ortaggi e verdure. Molti animali possono essere infettati dal batterio senza dimostrare sintomi apparenti. Il batterio però è stato ritrovato anche in un'ampia varietà di cibi crudi, da carni a verdure, e di cibi trasformati, come i formaggi molli e le carni fredde tipiche delle gastronomie, i cibi preparati come hamburger e hot dog, i paté di carne, i salumi, il burro e i prodotti lattiero-caseari, particolarmente quelli fatti con latte non pastorizzato.

La listeriosi può assumere due forme: diarroica, più tipica delle tossinfezioni alimentari, che si manifesta nel giro di poche ore dall'ingestione, e invasiva o sistemica, che attraverso i tessuti intestinali e il flusso sanguigno si diffonde sviluppando forme più acute di sepsi, encefaliti e meningiti.

I primi sintomi sono febbre, dolori muscolari, nausea, diarrea. Quando l'infezione si diffonde al sistema nervoso, si possono manifestare emicranie, confusione, irrigidimento del collo, perdita dell'equilibrio o anche convulsioni.

La listeriosi è particolarmente pericolosa per le persone immunodepresse, malati di cancro, diabete, Aids, le persone anziane, i neonati e le donne in gravidanza. Le donne in gravidanza sono, secondo i dati dei Cdc americani, 20 volte più suscettibili alla malattia, che può causare aborto spontaneo o parto prematuro, morte in utero o infezione del feto. I sintomi però, nel caso delle donne incinte, sono molto simili a quelli di una influenza leggera.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI (per la forma invasiva)

Periodo di incubazione:

da 1-2 giorni per la forma diarroica a 90 giorni (mediamente 30 giorni) per la forma invasiva

Periodo di contagiosità:

la *Listeria* può essere presente per mesi nelle feci di individui infetti. Nelle madri di neonati affetti da listeriosi connatale può essere riscontrata nelle secrezioni vaginali e nelle urine per 7-10 giorni dopo il parto.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione mediante cibi è la più frequente. Essendo *Listeria* un microrganismo psicrotrofo, gli alimenti che costituiscono il rischio maggiore di trasmissione sono i prodotti lavorati pronti al consumo, conservati a temperatura di refrigerazione, consumati senza essere sottoposti a riscaldamento o cottura (latte crudo e prodotti derivati, carni lavorate, prodotti a base di pollame, insaccati, paté, alcuni prodotti della pesca e ortaggi).

Donne gravide portatrici asintomatiche possono trasmettere la *Listeria* al feto per via transplacentare o durante il parto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non necessarie misure di isolamento; sufficiente il rispetto delle comuni norme igieniche e di precauzioni enteriche.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per identificare possibili focolai epidemici con ricerca della fonte comune di infezione/esposizione.

Raccomandazioni circa l'astensione dal consumo di carni crude e poco cotte e di latte non pastorizzato e prodotti derivati, per le donne in stato di gravidanza e per le persone con alterazioni dell'immunocompetenza.

Provvedimenti sull'ambiente:

La migliore strategia di lotta alla listeriosi passa attraverso una efficiente prevenzione, che si può facilmente attuare applicando le generali norme di igiene e attenzione previste per tutte le altre tossinfezioni alimentari:

- cottura completa e corretta dei cibi derivati da animali;
- lavaggio accurato delle verdure prima del consumo;
- separazione delle carni crude dalle verdure e dai cibi cotti e pronti al consumo;

- uso di prodotti lattiero-caseari pastorizzati;
- lavaggio accurato di coltelli, taglieri e mani dopo aver maneggiato cibi crudi, consumo dei cibi deperibili in tempi brevi.

In particolare, i soggetti più a rischio, come le donne in gravidanza o le persone immunodepresse, dovrebbe anche

- evitare di mangiare panini contenenti carni o altri prodotti elaborati da gastronomia, senza che questi vengano nuovamente scaldati ad alte temperature;
- evitare di contaminare i cibi in preparazione con cibi crudi e/o provenienti dai banconi dei supermercati o dei negozi di alimenti;
- non mangiare formaggi molli se non si ha la certezza che siano prodotti con latte pastorizzato;
- non mangiare paté di carne freschi e non inscatolati;
- non mangiare pesce affumicato, a meno che non sia inscatolato in forme che non deperiscono a breve scadenza.

Profilassi:

terapia antibiotica, sia per gli adulti che per i bambini. Una cura antibiotica somministrata precocemente a una donna incinta può prevenire la trasmissione della malattia al feto.

Flusso di segnalazione

LISTERIOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Le segnalazioni dei casi di listeriosi e dei focolai epidemici deve essere inviata per mezzo della scheda di segnalazione di malattia infettiva tempestivamente alla Regione e in caso di focolaio coinvolgimento del Servizio Igiene degli alimenti e del Servizio di Igiene degli Alimenti di origine animale territorialmente competenti.</p> <p>Approfondimento dell'indagine dei casi al fine di individuare le fonti di infezione.</p> <p>Gli isolati clinici devono essere inviati al Laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità (Operational Contact Point dell'ECDC per la listeriosi, DSPVSA@pec.iss.it Tel. 0649903419 per la caratterizzazione del ceppo.</p> <p>Nel caso sia accertata, a seguito dell'indagine epidemiologica, l'origine alimentare dell'infezione, i campioni alimentari ed eventuali campioni ambientali ed animali devono essere inviati anche al Laboratorio Nazionale di Riferimento, presso l'Istituto Zooprofilattico Abruzzo e Molise listeria@izs.it</p> <p>Se l'infezione da Listeria ha causato una sepsi o meningite dovrà essere compilata la scheda di sorveglianza delle malattie batteriche invasive e inserita nel SIMIWEB completando la sezione MIB.</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Trasmissione della segnalazione del caso tempestivamente a:</p> <p>Ministero della Salute malinf@sanita.it o del focolaio a: dav.allerta@sanita.it</p> <p>e</p> <p>Istituto Superiore di Sanità Sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it</p> </div>

MALARIA

Descrizione:

è una malattia parassitaria causata, nell'uomo, da uno delle quattro specie di protozoi del genere *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*. Dal 2007 il *P. knowlesi*, un parassita delle scimmie, è stato documentato come causa di infezione umana, in alcuni mortale, nel Sud Est Asiatico.

I sintomi classici sono rappresentati dall'insorgenza improvvisa di febbre elevata, brividi, sudorazione, cefalea, mialgia, che possono presentarsi ad intervalli (secondo la specie, a giorni alterni o ogni terzo giorno). Talvolta compaiono sintomi di tipo gastrointestinale (nausea, vomito, diarrea), tosse, artralgia, dolori addominali e lombari. Le complicanze gravi più comuni sono anemia, trombocitopenia, emolisi con ittero, epatosplenomegalia.

La forma severa, molto comunemente dovuta al *P. falciparum* (terzana maligna), è caratterizzata da convulsioni, confusione mentale (malaria cerebrale), insufficienza renale, sindrome da distress respiratorio (ARDS), coma e morte.

Il rischio di malaria è elevato in larghe aree dell'Africa, del Centro e Sud America, dell'Asia, di parte dei Caraibi, Europa Orientale e Pacifico sud-occidentale.

Tempi di notifica:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Per i casi importati, di decesso, di recidiva e recrudescenza, la segnalazione va eseguita entro 5 giorni (48 + 72 ore dalla diagnosi effettuata da parte del Presidio Ospedaliero).

Un caso di Malaria confermato, che si presume sia autoctono, anche indotto, va segnalato entro 24 ore dalla diagnosi per le vie brevi.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo che intercorre tra la puntura dell'insetto infettante e la comparsa di sintomi clinici è circa: 7-14 gg. per il *P. falciparum*, 8-14 gg. per *P. vivax* e *P. ovale* e di 7-30 gg. per *P. malariae*.

Alcuni ceppi di *P. vivax* possono avere un periodo di incubazione protratto fino a 8-10 mesi ed oltre.

Periodo di contagiosità:

le zanzare possono infettarsi finché sono presenti gametociti nel sangue dei pazienti, ciò dipende dalla specie e dai ceppi di parassita e dalla risposta alla terapia. Pazienti non trattati o trattati in modo insufficiente possono rappresentare un serbatoio di infezione per le zanzare per diversi anni nella malaria da *P. malariae*, fino a 5 anni per quella da *P. vivax* e circa 1 anno per quella da *P. falciparum*. La trasmissione attraverso emotrasfusioni può durare fino a quando forme asessuate rimangono nel sangue circolante.

Modalità di trasmissione:

con la puntura di una femmina di zanzara *Anopheles* infetta, che punge specialmente dal tramonto fino alle prime ore del mattino.

Occasionalmente si può avere la trasmissione attraverso trasfusioni di sangue da persone infette, l'uso di aghi e siringhe contaminate o congenita dalla madre al feto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

rapido trattamento antimalarico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

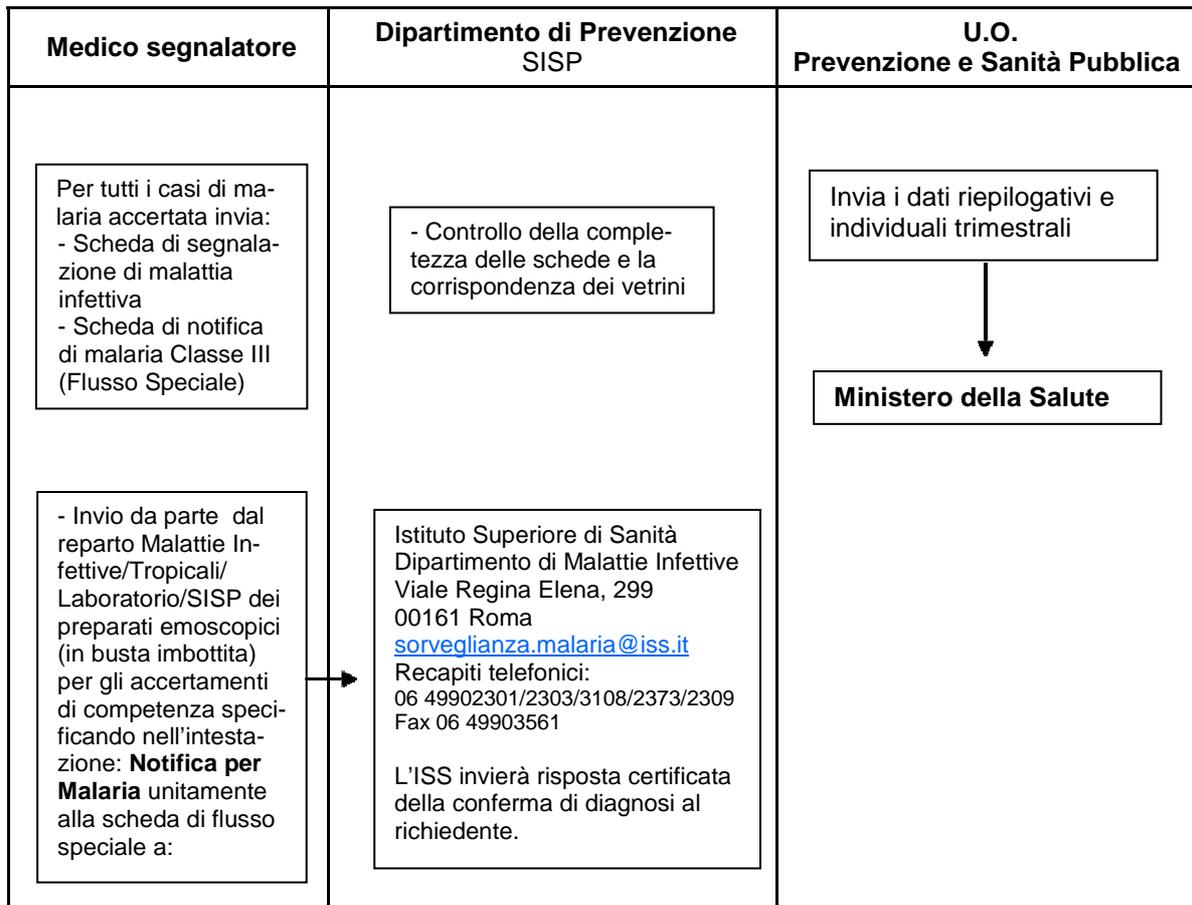
- **Vaccinazione:** non disponibile.

- **Chemioprofilassi:** secondo le indicazioni Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET) – 20/06/2013 (vedi tabella).

Farmaco	Adulti	Bambini	Controindicazioni
Atovaquone-Proguanil (adulti e pediatrico) (da 24/48 h. prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 7 gg. dopo averla lasciata)	1 cp/die	11-20 Kg: 1 cp ped/die 21-30 kg: 2 cp ped/die 31-40 kg: 3 cp ped/die > 40 kg: 1 cp adulti al giorno	Ipersensibilità al farmaco Insufficienza renale E' controindicato in gravidanza. Non è consigliato nelle donne che allattano e nei bambini di peso inferiore a 11 kg
Doxiciclina 100 mg (da 24 h prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 4 settimane dopo averla lasciata)	1 cp/die	> 8 anni e peso > 25 Kg: 1,5 mg/Kg/die	Età <8 anni Gravidanza Allattamento Ipersensibilità al farmaco Insufficienza epatica Il farmaco potrebbe ridurre l'efficacia della terapia anticoncezionale ormonale
Meflochina 250 mg (da almeno 7 gg. prima della partenza per zona a rischio e fino a 4 settimane dal rientro)	1 cp/settimana	5 mg/kg alla settimana	Allergia al farmaco Epilessia Disordini psichiatrici Insufficienza epatica Controindicazione relativa nel I trimestre di gravidanza e nell'allattamento

Flusso di segnalazione

MALARIA



MERS-CoV (SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE)

Descrizione:

La Sindrome Respiratoria medio-orientale (Mers-CoV - *Middle East respiratory syndrome coronavirus infection*) è una malattia infettiva acuta causata da un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo.

I Coronavirus sono una grande famiglia di virus a RNA, che possono causare malattie negli esseri umani e negli animali. Il serbatoio naturale è rappresentato dai cammelli e dromedari. Negli esseri umani causano malattie di varia gravità che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave (SARS).

La presentazione clinica può essere molto variabile, infatti può essere sintomatica o manifestare una grave sindrome respiratoria acuta. Tipicamente la malattia inizia con febbre, tosse, brividi, mal di gola, mialgia ed artralgia, ma possono essere presenti diarrea e/o insufficienza renale.

Nelle persone con deficit immunitari, la malattia può avere una presentazione atipica.

Nei soggetti con patologie croniche di base, la malattia può evolvere in sindrome da insufficienza respiratoria acuta grave da polmonite da nuovo coronavirus.

Tempi di segnalazione:

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Il periodo di incubazione varia da 2 a 14 giorni, mediamente 5-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

Negli umani il virus MERS-CoV può essere rilevato nelle vie respiratorie alte e basse, nelle feci, nel sangue ed urine. In un caso è stato ritrovato il DNA virale dai 13 ai 30 giorni dopo la comparsa dei sintomi.

Modalità di trasmissione:

La trasmissione da animale a uomo non è completamente conosciuta, i cammelli sembrano rappresentare il principale *reservoir* e la trasmissione avviene per contatto diretto e/o indiretto con animali infetti.

Il virus non sembra trasmettersi facilmente da uomo a uomo in condizioni normali. Il rischio di trasmissione aumenta nei contatti stretti che accudiscono la persona infetta senza l'adozione di adeguate misure di protezione (ambito familiare, operatori sanitari che assistono pazienti). Tuttavia, il meccanismo con cui la trasmissione si è verificata in questi casi, se respiratoria/droplet (es. tosse, starnuti) o tramite contatto (contaminazione dell'ambiente da parte del paziente), non è ancora completamente nota. Sembra che il virus possa rimanere vitale per alcuni giorni disperso nell'aerosol e sulle superfici inanimate per almeno 48 ore.

Provvedimenti nei confronti del malato:

si raccomanda agli operatori sanitari di adottare e rinforzare le precauzioni standard per il controllo delle infezioni nella gestione di tutti i pazienti e la gestione dei casi probabili.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nei casi asintomatici non è necessario isolare i pazienti, mentre per i contatti stretti (soggetti che sono rimasti per più di 15 minuti faccia a faccia con un soggetto sospettato di essere ammalato di MERS-CoV) deve essere fatto un monitoraggio giornaliero negli ultimi 14 giorni dall'ultimo contatto con il soggetto ammalato per escludere un possibile contagio. I familiari che vivono assieme ad un soggetto affetto da MERS-CoV devono evitare il più possibile i contatti e stare ad almeno un metro dall'ammalato. È comunque importante rispettare le norme di igiene ambientale e utilizzare dei dispositivi di protezione (mascherina, guanti, camice).

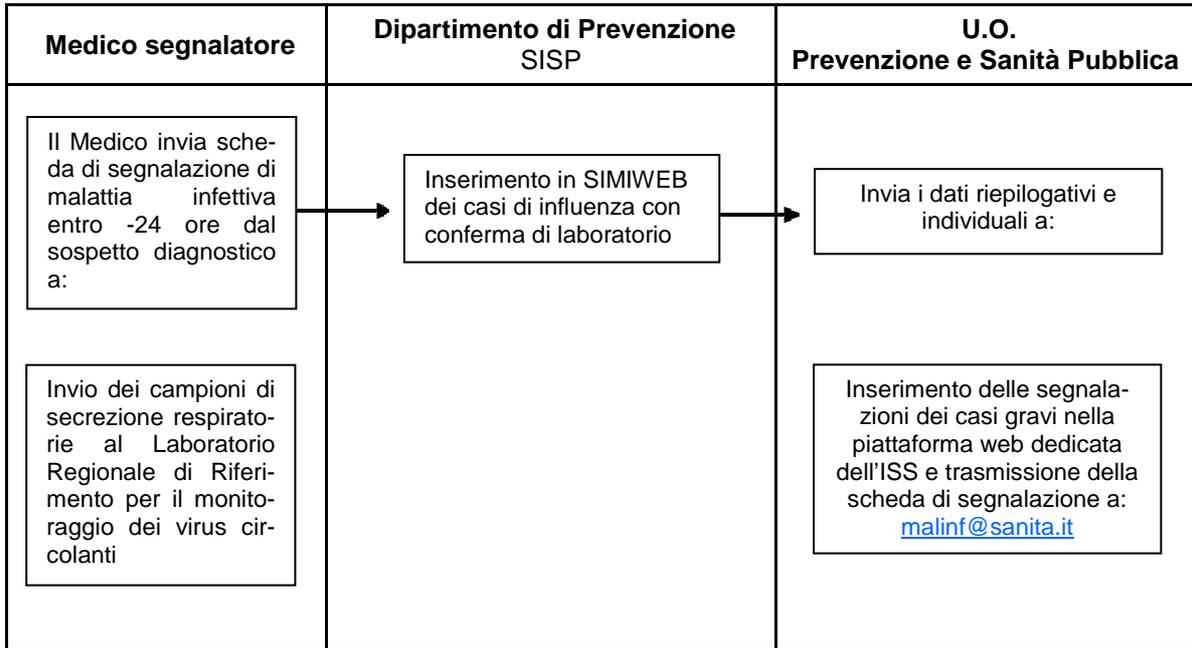
Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

Al momento non è disponibile un vaccino, né chemioprolissi.

Terapia di supporto nei casi più gravi. Sono in via di sperimentazione l'utilizzo di plasma di soggetti convalescenti, interferone, lopinar, anticorpi mono e policlonali.

Flusso di segnalazione

MERS-COV



MORBILLO

Descrizione:

malattia acuta causata da un virus a RNA con un solo tipo antigenico, classificato come un *Morbilivirus* nella famiglia dei *Paramyxoviridae*.

Si manifesta con febbre elevata, congiuntivite, tosse, rinite, esantema caratteristico (macchie di *Koplik*: chiazze biancastre nel cavo orale) e con un esantema maculo papulare eritematoso, che compare dopo 3–5 giorni dalla comparsa della febbre, inizia dal volto, si diffonde prima al tronco e poi agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3–4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea.

La malattia può complicarsi, più spesso nei bambini piccoli, con otite media, broncopolmonite, laringotracheobronchite (*croup*) e diarrea. L'encefalite acuta si verifica in circa 1/1000 casi, spesso con esiti di encefalopatia permanente.

La mortalità si presenta in 1-3 su 1000 casi riportati principalmente per complicanze respiratorie e neurologiche.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

è in genere di 8–10 giorni dall'esposizione all'inizio dei sintomi; in studi familiari l'intervallo medio tra la comparsa dell'esantema nel caso indice e nei casi successivi è di 14 giorni, con un *range* di 7–18 giorni.

Periodo di contagiosità:

i pazienti sono contagiosi da 1–2 giorni prima dell'inizio dei sintomi (3–5 giorni prima dell'esantema) fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione avviene per via aerea attraverso le goccioline o per contatto diretto con secrezioni nasali o faringee di persone infette e, meno comunemente, attraverso oggetti contaminati dalle stesse.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento domiciliare per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

per i contatti suscettibili di un caso di morbillo, si raccomanda la vaccinazione per controllare e prevenire la diffusione della malattia.

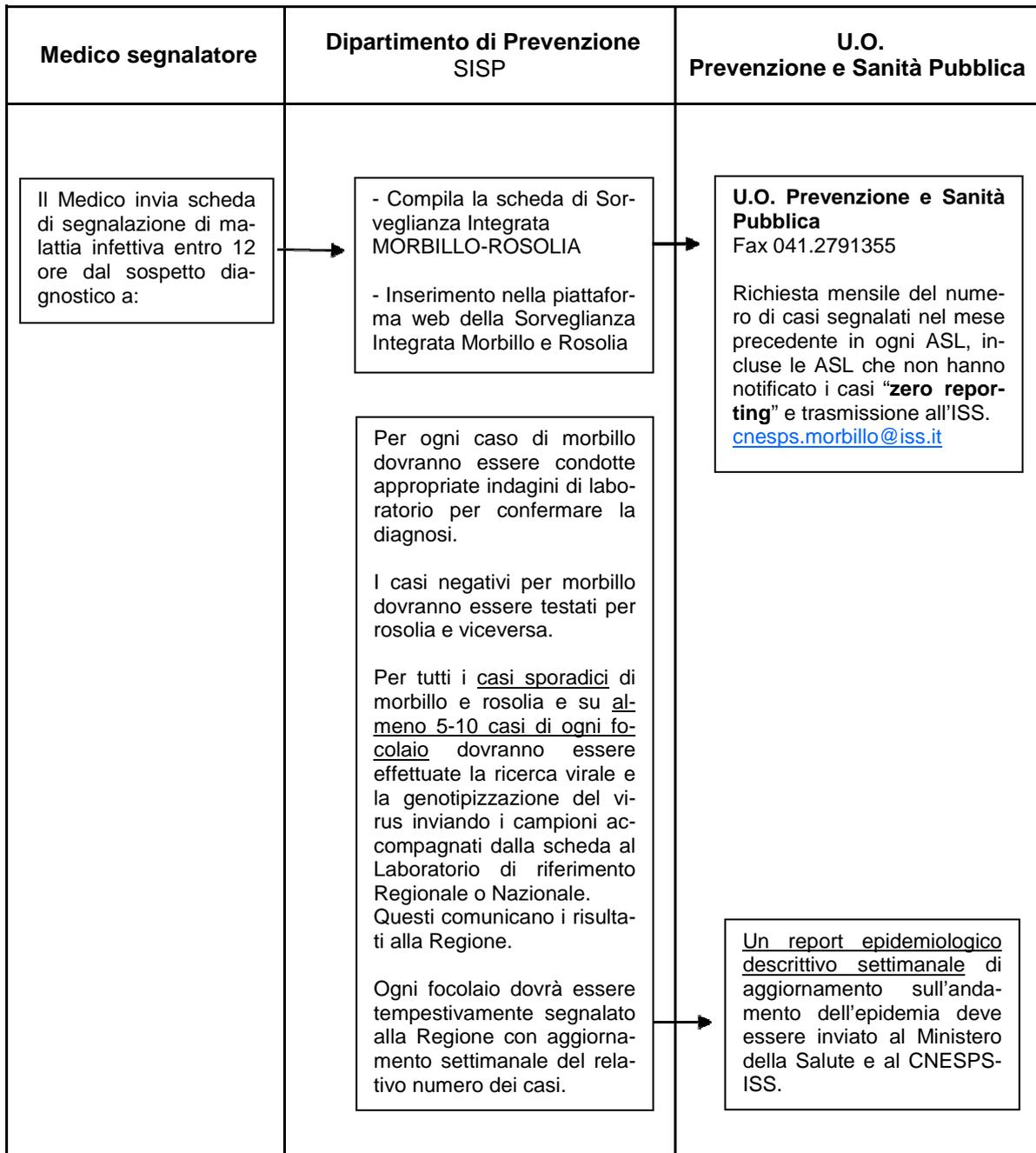
Valutare l'opportunità di applicare l'art.42 e seguenti Titolo V, del DPR n.1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Profilassi:

- **vaccinazione** il vaccino vivo attenuato, se somministrato entro 72 ore dall'esposizione, risulta protettivo in un gran numero di soggetti.

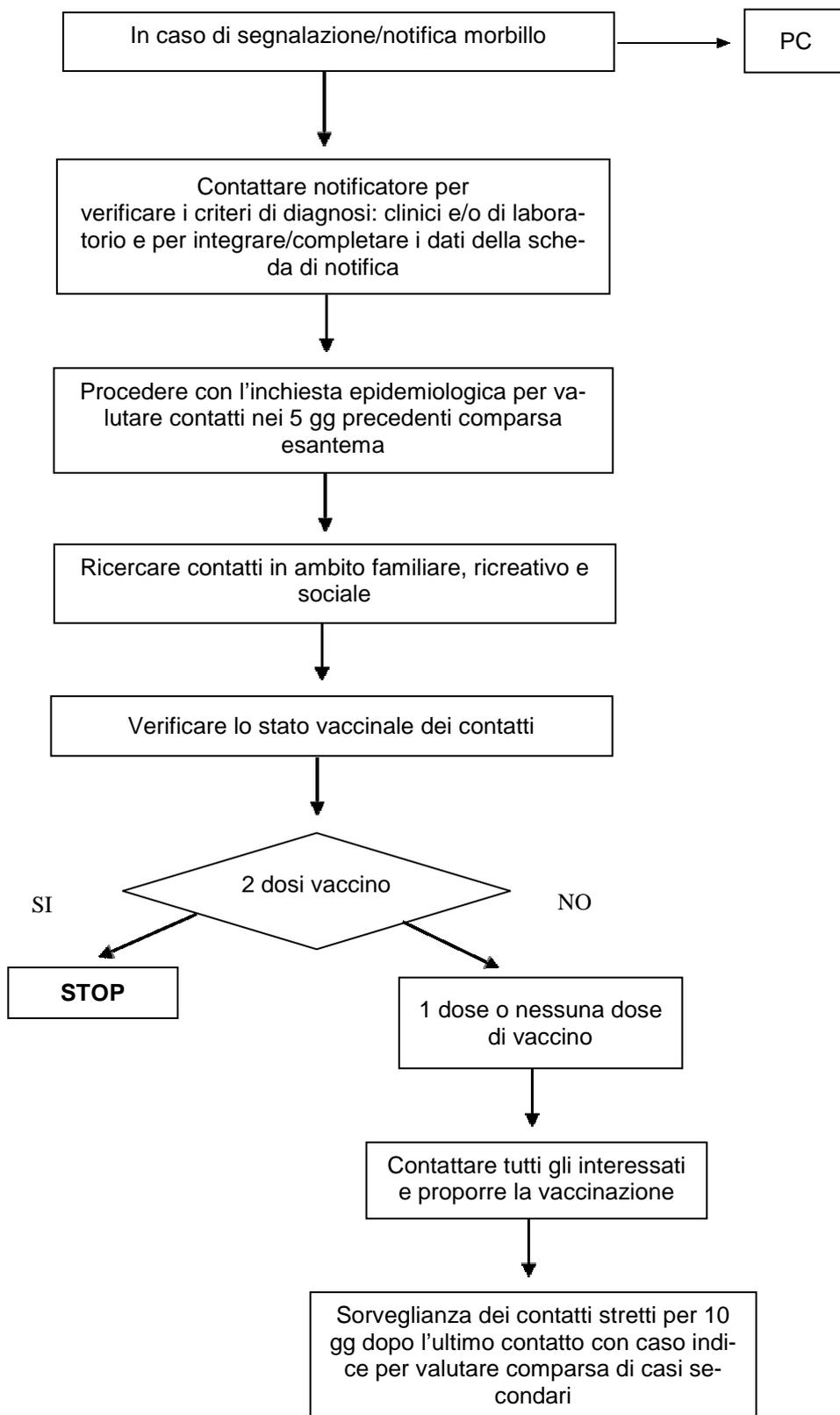
Flusso di segnalazione

SORVEGLIANZA INTEGRATA MORBILLO E ROSOLIA



ISTRUZIONI OPERATIVE

MORBILLO



MORBO DI HANSEN

Descrizione:

la lebbra è una malattia infettiva che si manifesta in individui suscettibili dopo l'infezione con il *Mycobacterium leprae*, bacillo acido resistente. Dopo una lunga incubazione, le manifestazioni colpiscono soprattutto la cute e i tronchi nervosi periferici e (nel caso di pazienti lepromatosi) vie aeree superiori.

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione della lebbra varia da 9 mesi a 20 anni.

Periodo di contagiosità:

l'infettività viene persa, nella maggior parte dei casi, entro 3 mesi dall'inizio di un trattamento continuo e regolare con dapsona o clofazimina o entro 3 giorni dall'inizio del trattamento con rifampicina.

Modalità di trasmissione:

la principale sorgente di infezione è il malato lepromatoso non trattato.

I bacilli vengono eliminati dall'organismo infetto tramite lesioni cutanee ulcerate e tramite la mucosa nasale e penetrano in un altro individuo attraverso le alte vie respiratorie e soluzioni di continuo della cute.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento da contatto per i pazienti affetti da lebbra lepromatosa; non sono necessarie misure di isolamento per le altre forme di lebbra.

Restrizione dall'attività lavorativa o scolastica fino a permanenza dello stato di infettività (vedi sopra).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

sorveglianza clinica mediante esame immediato e successivi esami periodici di conviventi ed altri contatti stretti, ad intervalli non superiori a dodici mesi, per almeno 5 anni dall'ultimo contatto con un caso infettivo.

Provvedimenti nei confronti dell'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** Ricerche sulla efficacia di un vaccino costituito da BCG e *M. leprae* uccisi con il calore ha dato per ora risultati contrastanti e, pertanto, non rappresenta al momento un mezzo di prevenzione primaria.

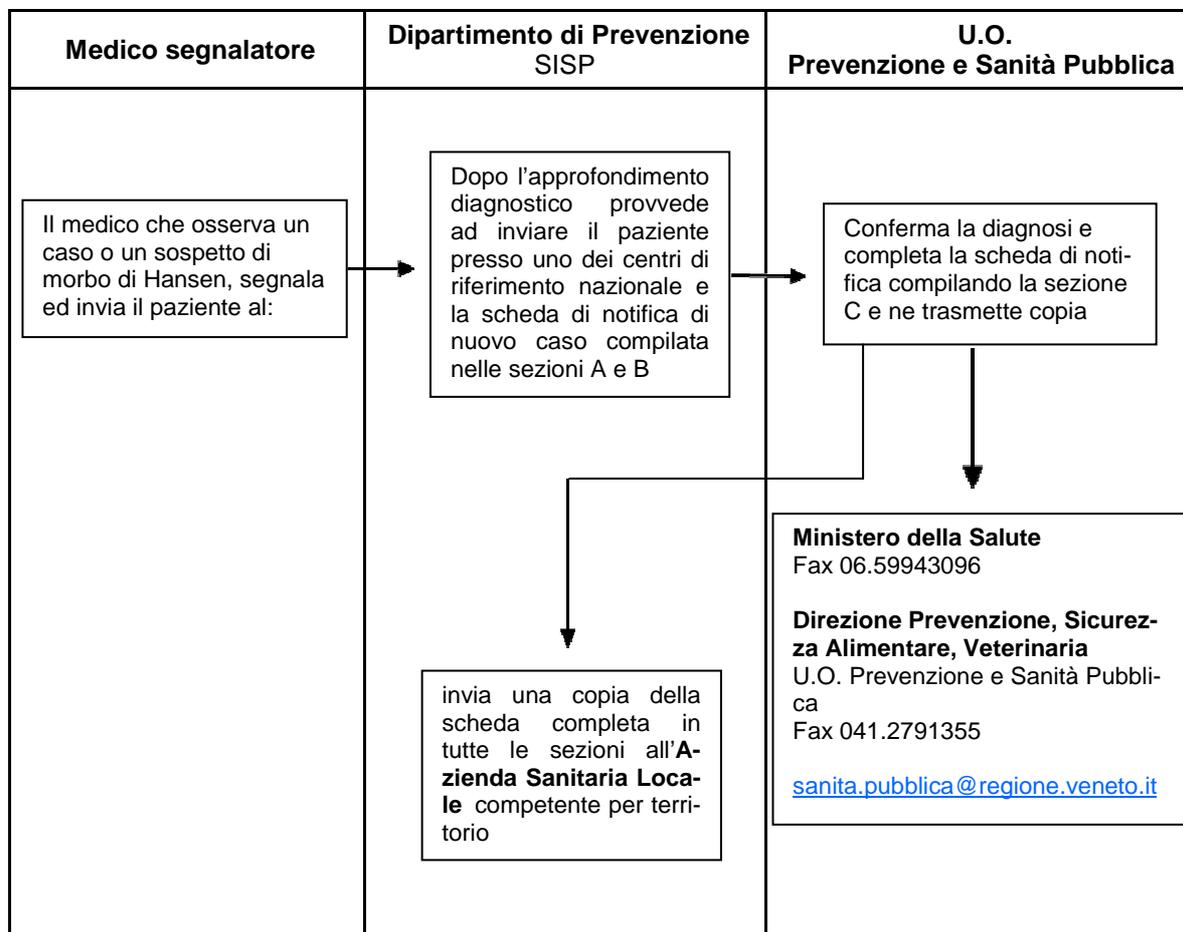
Significativa è la protezione offerta dal BCG somministrato in bambini di aree endemiche.

- **Chemioprofilassi:** la profilassi farmacologica non è consigliata per il rischio di selezione di ceppi batterici farmacoresistenti.

Flusso di segnalazione

MORBO DI HANSEN

La scheda di notifica del nuovo caso segue il percorso diagnostico del paziente
(Normativa di riferimento: Decreto presidente del Consiglio 31 maggio 2001)



Il centro territoriale deve rilasciare ai pazienti una certificazione valida ai fini dell'erogazione del sussidio, la mancata effettuazione dei controlli trimestrali determina la sospensione del sussidio, così come previsto dall'art. 1, settimo comma della legge 31 marzo 1980, n. 126, e successive modificazioni.

PESTE

Descrizione:

è una zoonosi causata dal batterio *Yersinia pestis* che interessa i roditori e le pulci che li parassitano; queste ultime trasmettono l'infezione batterica a vari animali anche domestici (ratti, alcune specie di scoiattoli, cani della prateria, gatti, cani) e all'uomo.

I sintomi iniziali possono essere aspecifici, con febbre, brividi, malessere, mialgia, prostrazione, linfadenite dei linfonodi che drenano la zona morsa dalla pulce.

Si distinguono varie forme: **peste bubbonica**: febbre, improvvisa linfadenite dolorosa, mal di testa, brividi e debolezza; **peste polmonare primaria**: febbre e tosse, dolore al petto, emottisi; **peste setticemica**: febbre, brividi, dolori addominali, shock endotossico, prostrazione, coagulazione intravascolare disseminata.

La peste bubbonica, non trattata, ha un tasso di letalità di circa il 50-60%; di solito le forme setticemiche e polmonari non trattate sono letali.

La malattia è diffusa nelle aree con scarso livello igienico, dove le abitazioni sono infestate da pulci e da ratti, soprattutto in Africa (Madagascar, Uganda, Sudafrica), Asia (Caucaso, Russia, Cina) e Sudamerica (Brasile e regione andina della Bolivia, Perù ed Ecuador).

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da 1 a 7 giorni, per la peste polmonare primaria 1-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

la peste polmonare può essere altamente infettante; il sovraffollamento facilita la trasmissione. La peste bubbonica non è generalmente trasmessa direttamente da uomo ad uomo a meno che non vi sia contatto con il pus di bubboni in suppurazione. Le pulci possono rimanere infettanti per mesi.

Modalità di trasmissione:

nella forma polmonare il batterio può trasmettersi da persona a persona attraverso l'aria o gli aerosol di persone infette e quindi costituisce una delle forme più pericolose per il potenziale epidemico che la caratterizza.

La peste bubbonica è trasmessa dalla puntura di pulci infette o per contatto diretto tra materiale infetto e lesioni della pelle di una persona.

Peste setticemica: è dovuta alla moltiplicazione del batterio nel sangue, come complicanza delle due forme precedenti; non si trasmette da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento stretto dei pazienti con peste polmonare, precauzioni contro la diffusione aerea per 48 ore dall'inizio di un'appropriata terapia. Per la forma bubbonica, se assente tosse, ricovero e precauzione nei confronti delle secrezioni per 48 ore dall'inizio di una terapia efficace. Disinfestare dalle pulci gli abiti e i bagagli dei pazienti con l'uso di insetticidi efficaci.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

i contatti stretti con soggetti affetti da peste polmonare devono essere sottoposti a chemioprolassi e posti sotto stretta sorveglianza per almeno 7 giorni.

I contatti stretti di soggetti con peste bubbonica vanno valutati per l'eventuale chemioprolassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

trattamento igienico e disinfestazione degli ambienti dalle pulci, interventi di derattizzazione delle zone dove transitano i roditori e delle tane, eliminazione di rifiuti e di materiali che possono attrarre i roditori, controllo costante dello stato di salute dei propri animali domestici, educazione sanitaria della popolazione. Il batterio è facilmente distrutto dalla luce del sole, nell'aria può sopravvivere per oltre 1 ora.

Profilassi:

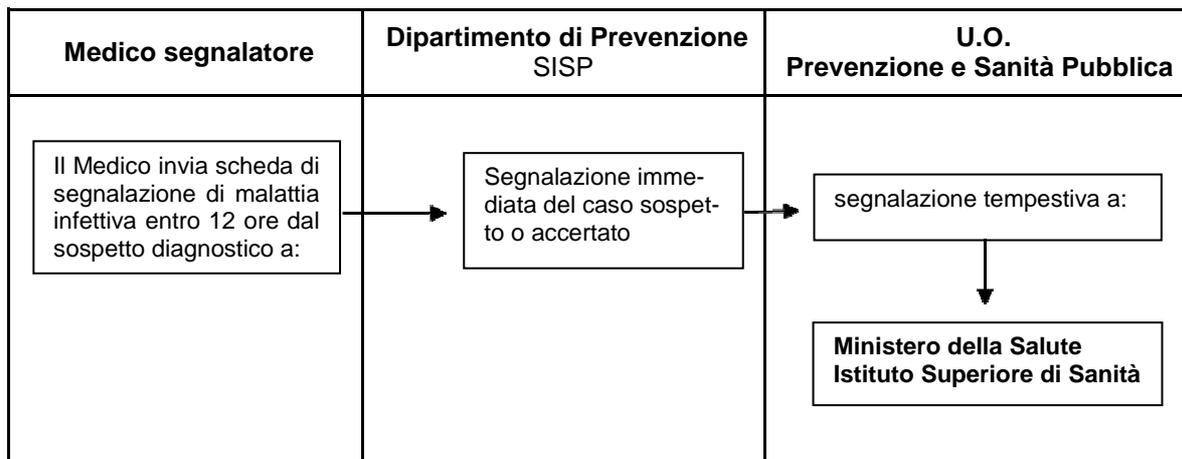
- **Vaccinazione** al momento non è disponibile un vaccino contro la peste, per cui è essenziale la prevenzione dalla malattia.
- **Chemioprofilassi:** la chemioprofilassi va effettuata con tetraciclina (15-30 mg/Kg) o cloramfenicolo (30 mg/Kg) in 4 dosi al giorno per una settimana dall'ultima esposizione.

Misure internazionali:

i viaggiatori internazionali provenienti da aree dove vi è un'epidemia di peste polmonare, se sospettati di essere stati esposti, devono essere tenuti in isolamento per 6 giorni dopo l'ultima esposizione. All'arrivo di navi infestate o sospette o di un aereo infestato i viaggiatori vanno tenuti sotto sorveglianza per 6 giorni dalla data dell'arrivo.

Flusso di segnalazione

PESTE



POLIOMIELITE ACUTA (Paralisi Flaccida Acuta)

Descrizione:

la poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale che colpisce soprattutto i neuroni motori del midollo spinale. E' causata da tre tipi di *Poliovirus* (1, 2 e 3), appartenente al genere *Enterovirus*. In generale, la polio ha effetti più devastanti sui muscoli delle gambe che su quelli della braccia: le gambe perdono tono muscolare e diventano flaccide, una condizione nota come paralisi flaccida.

E' importante sottolineare che la paralisi flaccida acuta (AFP) generata dal poliovirus è simile nei sintomi e nelle manifestazioni ad altre malattie come la sindrome di *Guillain-Barré*, la mielite trasversa, la poliradiculoneurite, la neurite traumatica e quella neoplastica. Solo l'isolamento e la tipizzazione dell'agente patogeno consentono di valutare l'effettiva incidenza della polio rispetto all'insieme delle AFP.

L'ultimo caso nel nostro paese è stato notificato nel 1982.

La sorveglianza è attiva e mira a identificare i casi di AFP dovuti a qualsiasi eziologia in soggetti di tutte le fasce di età.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, alla U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 3 a 35 giorni, con una media di 7-14 giorni per i casi di polio paralitica.

Periodo di contagiosità:

non definibile con precisione; la contagiosità sussiste fintanto che i poliovirus vengono escreti. I poliovirus sono dimostrabili nelle secrezioni oro-faringee e nelle feci rispettivamente 36-72 ore dall'esposizione, con persistenza fino ad una settimana nel faringe e per 3-6 settimane e oltre nelle feci.

Modalità di trasmissione:

il contagio avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati o tramite la saliva e le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da soggetti ammalati o portatori sani. Il poliovirus si moltiplica nella mucosa oro-faringea, nell'intestino e nei tessuti linfatici sottostanti e può diffondersi anche attraverso le feci, ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus della poliomielite, che può colpire persone di tutte le età, ma principalmente si manifesta nei bambini sotto i tre anni.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche nel caso di ricovero in ospedale; pur essendo altamente auspicabili, sono di scarso significato in ambiente domestico perché al momento della comparsa dei sintomi tutti i contatti domestici sono già stati infettati.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

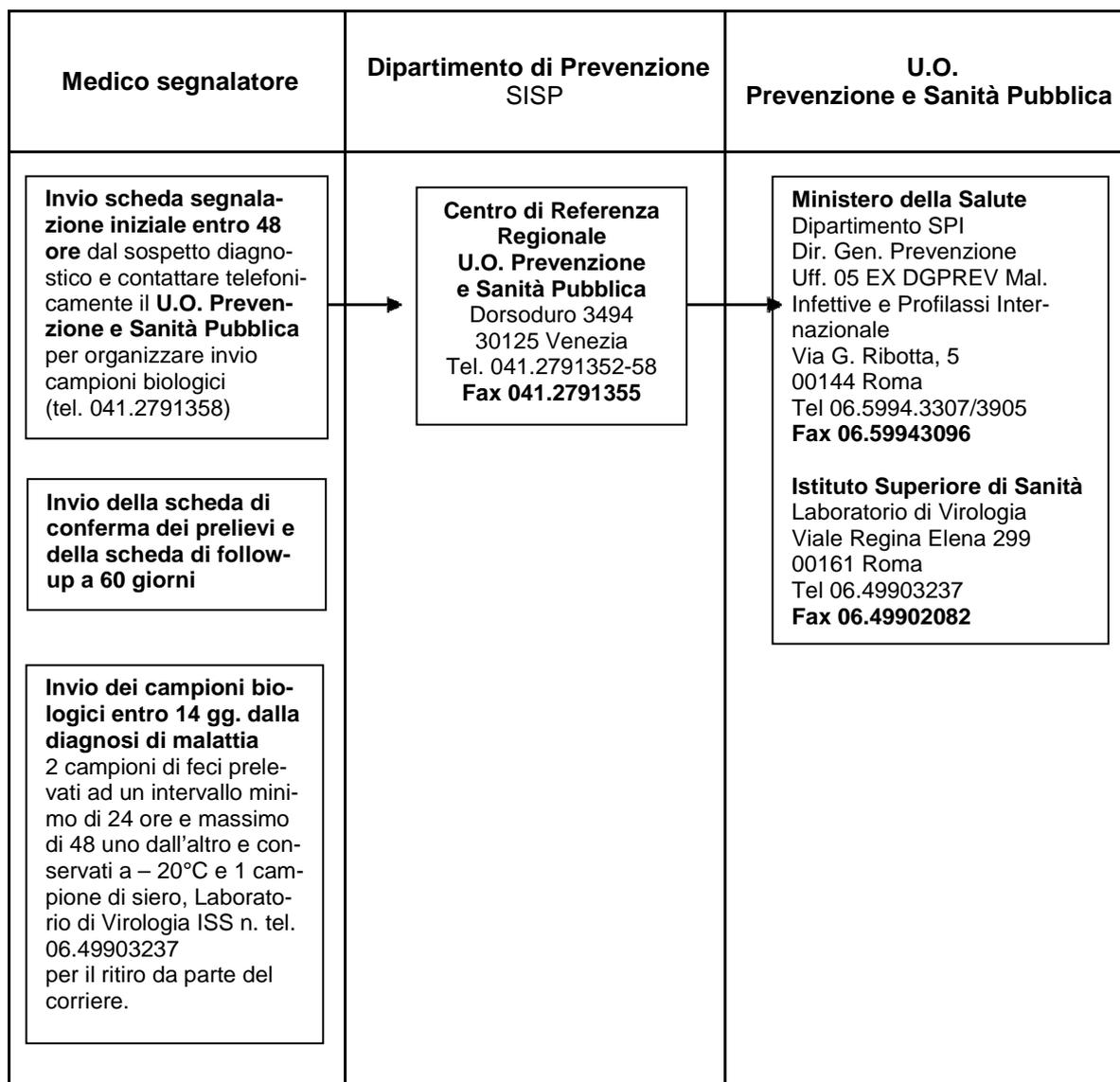
sorveglianza clinica di conviventi e contatti stretti per individuazione di altri casi di paralisi flaccida acuta o di meningite asettica.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** antipolio se non effettuata. Consigliata una dose di richiamo se il viaggiatore intende recarsi in una zona in cui è presente un focolaio di malattia.

Flusso di segnalazione

PARALISI FLACCIDE ACUTE



RABBIA UMANA

Descrizione:

encefalomielite acuta con esordio caratterizzato da sintomatologia neurologica (malessere, cefalea, disturbi della sensibilità spesso nella regione morsa da un animale), che progredisce con eccitabilità, paresi, spasmo dei muscoli della deglutizione (idrofobia), fino a delirio, convulsioni, coma e decesso entro 10 giorni dalla manifestazione dei primi sintomi.

La malattia è causata da un virus ad RNA del genere *Lyssavirus*.

La rabbia è una malattia dei mammiferi e il virus è presente nella saliva degli animali rabidi.

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro le 12 ore dal sospetto, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

generalmente da 3 a 8 settimane, raramente breve (giorni) o lungo (anni); dipende dalla gravità e dalla localizzazione della ferita, intesa come distanza dal cervello.

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona.

Modalità di trasmissione:

- attraverso morso di animale rabido;
- attraverso lambitura di cute non integra;
- attraverso contatto delle mucose con saliva di animale rabido;
- raramente attraverso trapianto d'organo.

Provvedimenti nei confronti del malato:

nessuno, solo terapia intensiva di supporto.

Provvedimenti nei confronti dei soggetti esposti alla stessa fonte del malato:

indagine su fonte di esposizione.

Profilassi post-esposizione in caso di morso, graffio, contaminazione con saliva o altro materiale infettivo (escluse urine e feci) di ferite aperte/mucose.

Esposizione a rischio di infezione:

Tempi di segnalazione di caso esposto a rischio:

- comunicazione immediata al SISP di soggetto morso da animale;
- comunicazione immediata dal SISP/PS al Servizio Veterinario per la sorveglianza dell'animale morsicatore e per l'eventuale conferimento di carcassa all'IZS di Legnaro;
- comunicazione immediata dal Servizio Veterinario al SISP in caso di animale sospetto rabido;
- comunicazione dal Servizio Veterinario al SISP dell'esito della sorveglianza dell'animale morsicatore;

Provvedimenti nei confronti del soggetto esposto:

- adeguato trattamento della ferita con pulizia e lavaggio per almeno 15' con acqua e sapone e con irrigazione con soluzione virucida (es. IODOPOVIDONE);
- valutazione dell'epidemiologia locale della zona dove è avvenuto il morso;
- valutazione del tipo d'esposizione, del tipo d'animale morsicatore e della possibilità d'osservazione dell'animale morsicatore;
- offerta e somministrazione della profilassi immunologica attiva e passiva post esposizione secondo linee guida;
- adeguamento delle azioni di profilassi in rapporto alla visita del Veterinario all'animale morsicatore e all'esito del periodo d'osservazione dell'animale morsicatore.

Provvedimenti sull'ambiente:

- attuazione/mantenimento del sistema di sorveglianza attiva sugli animali selvatici da parte del Servizio Veterinario;
- nell'evenienza di epidemia attuazione delle misure di contenimento stabilite dalle Autorità Sanitarie competenti (vaccinazione orale dei selvatici, vaccinazione degli animali domestici, soppressio-

ne degli animali con sintomatologia sospetta).

Profilassi Pre-Esposizione

Tipo Vaccino	Ciclo	Richiami
Virus inattivato prodotto in cellule di embrione di pollo (PCECV)	3 dosi (1 mL) ai giorni 0, 7, 21 o 28	Ogni 2–5 anni.
Virus inattivato, prodotto su cellule vero	3 dosi (0,5 mL) ai giorni 0, 7 e 28 (o a 21 giorni se si ha poco tempo)	Dopo 1 anno. Successivi richiami : ogni 5 anni

Profilassi Post-Esposizione (PEP)

MMWR, 19.03.10, Vol. 59, N. RR2 e WHO-WER n.32 del 2010

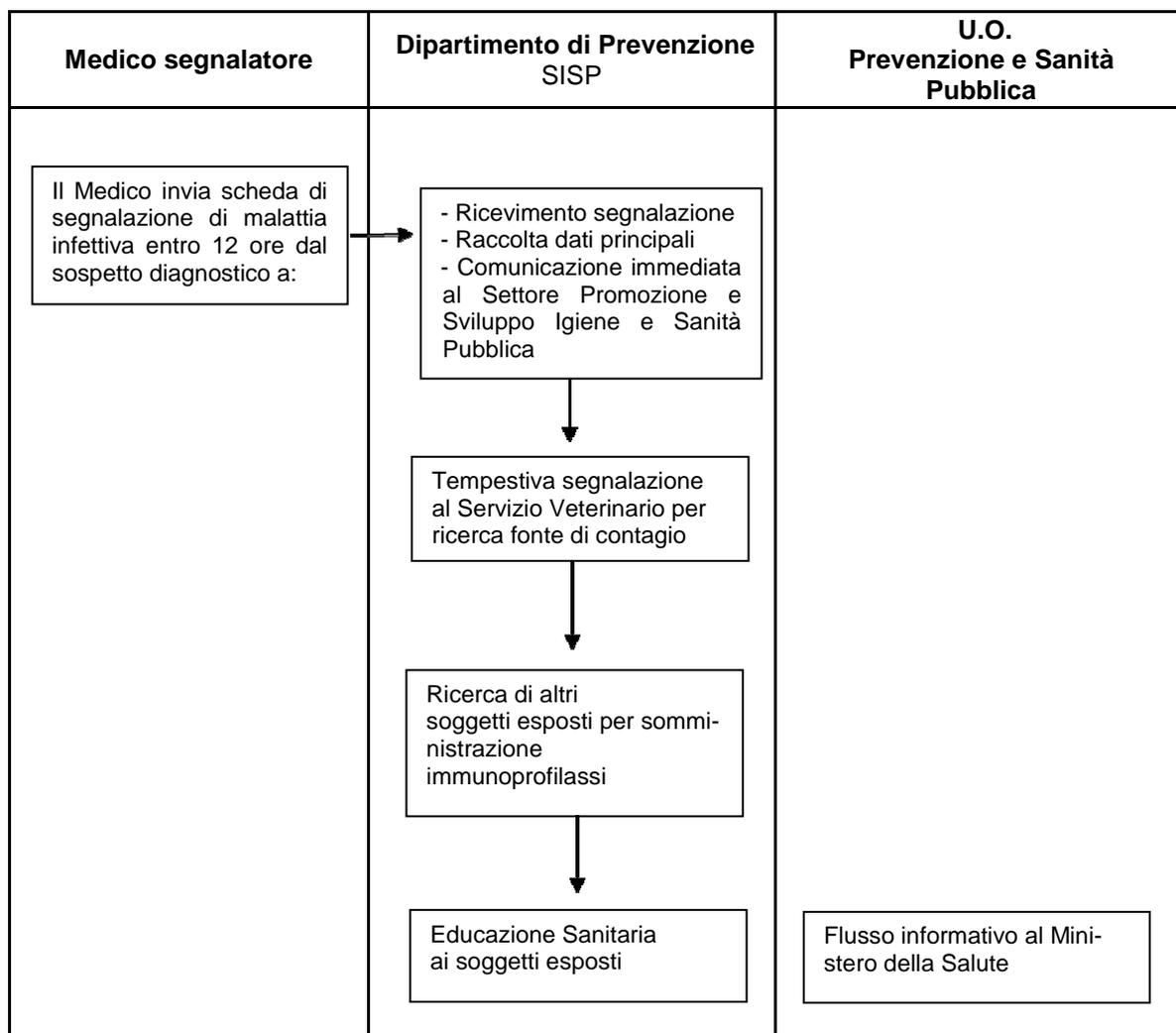
Stato Vaccinale	Interventi	Regime (è applicabile per le persone di tutte le età, compresi i bambini)
Soggetti non vaccinati precedentemente	Pulizia della ferita	Iniziare la PEP con l'immediata e completa pulizia di tutta la ferita con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio).
	Immunoglobuline (RIG)	Somministrare 20 UI/Kg di peso corporeo. Se anatomicamente fattibile, la maggior parte della dose deve essere infiltrata intorno e all'interno della ferita, la quantità residua è somministrata per via intramuscolare, in sito diverso dalla vaccinazione. Poiché le RIG possono inibire la risposta al vaccino antirabbico, non si deve superare la dose raccomandata.
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV) o purificato da cellule di embrione di pollo (PCECV)	1) Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o parte antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), ai tempi 0, 3, 7 e 14 giorni. Per persone con immunodepressione: 5 dosi di vaccino ai tempi 0,3,7,14,28 2) Due dosi al tempo 0 (in siti separati), seguite da una dose ai tempi 7 e 21.
Soggetti precedentemente vaccinati	Pulizia della ferita	La PEP è iniziata con l'immediata e completa pulizia delle ferite con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio per irrorare le ferite).
	Immunoglobuline (RIG)	Le immunoglobuline non sono somministrate
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV) o purificato da cellule di embrione di pollo (PCECV)	È somministrato vaccino HDCV. Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o zona antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), nei giorni 0 e 3.

Se necessario il trattamento sarà completato dalla somministrazione della profilassi antitetanica e/ o antibiototerapia.

N.B. La gravidanza non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione dopo l'esposizione.

Flusso di segnalazione

RABBIA UMANA



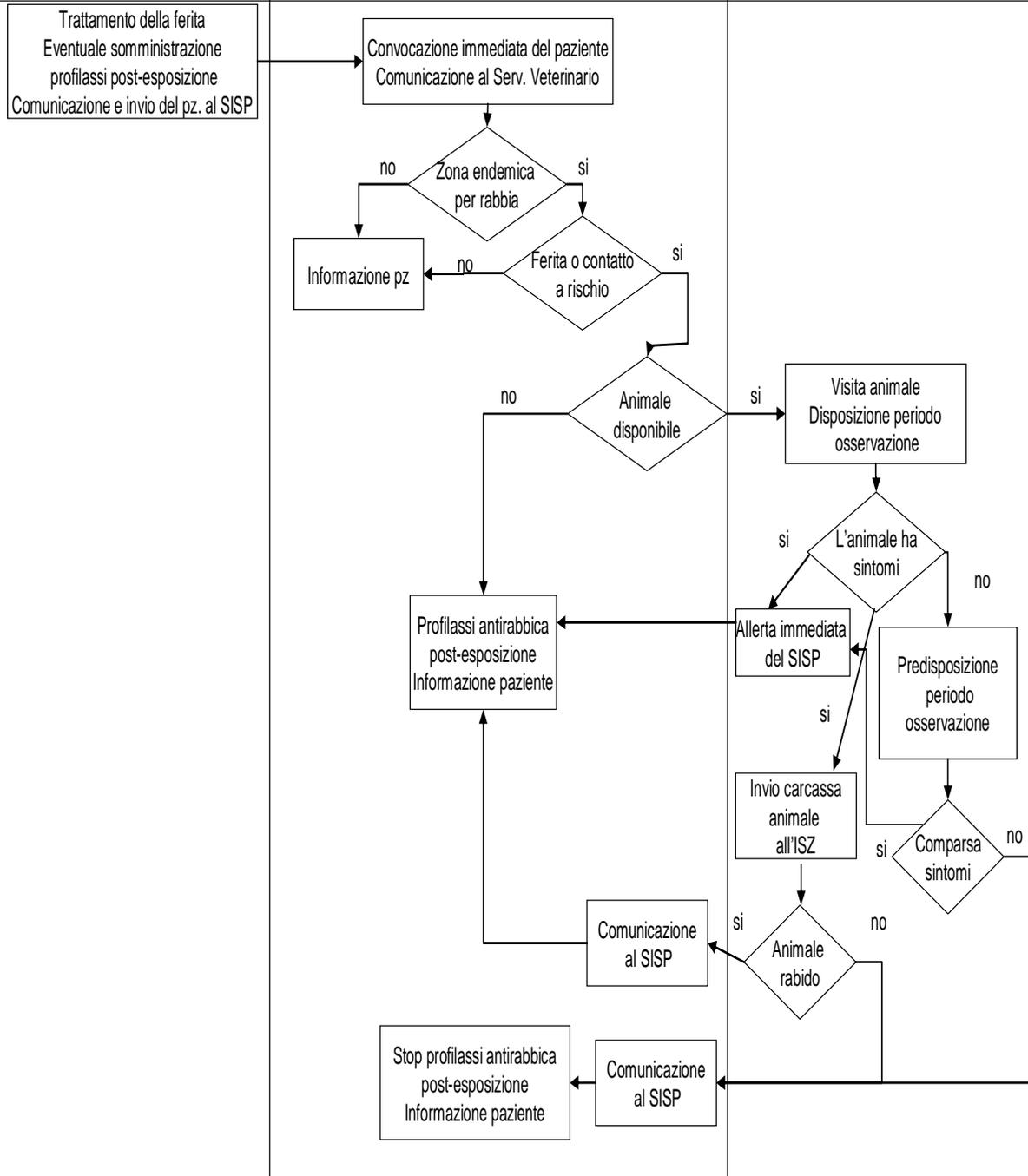
ISTRUZIONI OPERATIVE ESPOSIZIONE A FONTE RABIDA

P.S. – MMG o Pediatra –

Medico di continuità assistenziale

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Servizio Veterinario



ROSOLIA

Descrizione:

è una malattia infettiva causata da un virus della famiglia *Togaviridae*, genere *Rubivirus*. Si manifesta, generalmente, con un caratteristico esantema eritematoso maculo-papulare, linfadenopatia e modica febbre. L'esantema inizia al volto, si generalizza in 24 ore e dura mediamente 3 giorni. Il segno clinico caratteristico è una linfadenopatia, che può precedere l'esantema; interessa i linfonodi retro-auricolari, occipitali e retro cervicali e dura 5-6 giorni.

Fino al 50% dei casi l'infezione decorre in modo sub-clinico.

Alcune infezioni sono complicate da artralgie o artrite, specie nelle donne adulte. L'infezione, se contratta in gravidanza, può provocare anomalie del feto (Sindrome da rosolia congenita, scheda specifica).

La malattia è diffusa in tutto il mondo a livello endemico con epidemie ogni 3-5 anni. Nei Paesi dove sono mantenuti alti i livelli di vaccinazione si sono drasticamente ridotti i casi di rosolia e di Sindrome da rosolia congenita.

L'uomo è la sola fonte di infezione. L'immunità da virus naturale o da vaccino è di solito prolungata, ma in rari casi si possono verificare reinfezioni.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

14-17, con un *range* di 14-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

da circa una settimana prima a 7 giorni dopo l'esordio dell'esantema. E' molto contagiosa.

Modalità di trasmissione:

per contatto diretto con pazienti o tramite goccioline di secrezioni naso-faringee di persone infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento da contatto, in una camera separata per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. Allontanamento dalla frequenza scolastica o dall'attività lavorativa per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. E' richiesto l'isolamento dei lattanti, fino all'età di un anno, con infezione rubeolica congenita, da contatti suscettibili, a meno che colture del naso-faringee e delle urine non siano negative.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione: identificare le donne gravide che hanno avuto contatti con casi di rosolia, specie nel primo trimestre e sottoporle a test sierologici per la ricerca di anticorpi (IgG, IgM).

Profilassi:

- **vaccinazione:** il vaccino, a virus vivo attenuato, è somministrato insieme a quello del morbillo, della parotite e varicella (MPRV oppure MPR+V).

Il vaccino, somministrato dopo l'esposizione non necessariamente è in grado di prevenire l'infezione o la malattia.

Note: flusso di segnalazione come per il morbillo

SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

Descrizione:

le infezioni da *Salmonella* non tifoidee provocano diverse sindromi cliniche: stato di portatore sano, gastroenterite, batteriemia e infezioni localizzate (come meningite e osteomielite). Più frequente è la gastroenterite, in cui diarrea, crampi addominali e febbre sono i sintomi comuni.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di flusso: NO

Periodo di incubazione:

da 6 a 72 ore, abitualmente 12-36 ore.

Periodo di contagiosità:

da alcuni giorni prima a diverse settimane dopo la comparsa della sintomatologia clinica. L'instaurarsi di uno stato di portatore cronico è particolarmente frequente nei bambini e può essere favorito dalla somministrazione di antibiotici.

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche fino alla risoluzione della diarrea. Non è necessario l'esecuzione di coproculture e l'allontanamento dall'ambiente di lavoro e dalla scuola. Si deve comunque raccomandare di porre particolare attenzione all'igiene personale e ambientale.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

prestare particolare attenzione all'igiene personale e ambientale. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, non è necessario l'allontanamento dal luogo di lavoro, né l'esecuzione di coproculture di controllo.

Provvedimenti sull'ambiente:

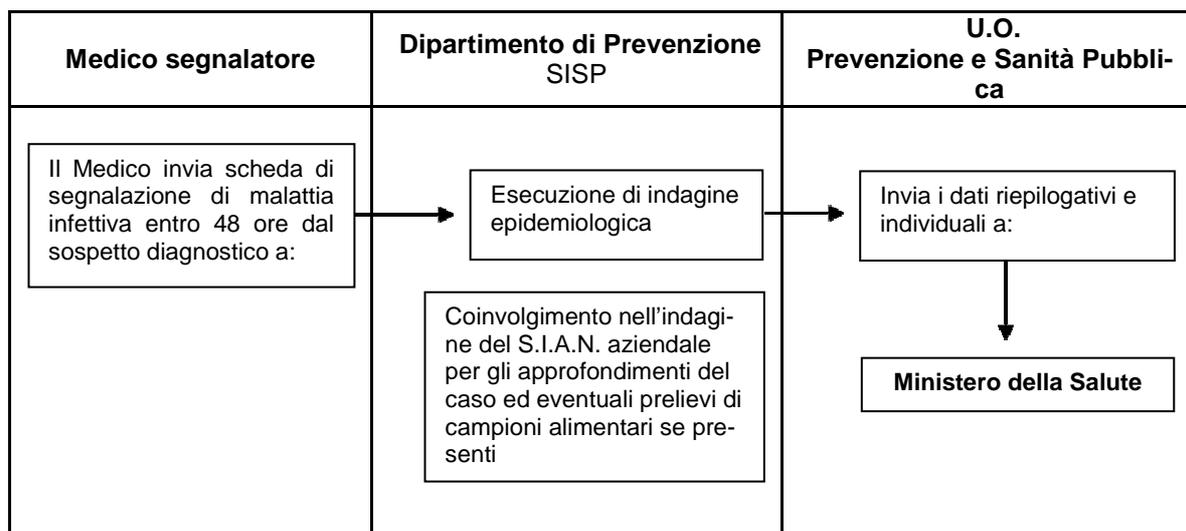
indagine epidemiologica: vedi tossinfezioni alimentari.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.

Flusso di segnalazione

SALMONELLOSI NON TIFOIDEE



SCABBIA

Descrizione:

infestazione della cute provocata da *Sarcoptes scabiei* (acaro della scabbia) sottospecie *hominis* (talora sottospecie *canis*).

L'infestazione si manifesta con eruzione papulare eritematosa e intensamente pruriginosa nelle zone dove l'acaro si localizza scavando cunicoli e depositando le uova. Il prurito è più forte di notte. Le zone prevalentemente interessate sono gli spazi interdigitali, le superfici flessorie dei polsi ed estensorie dei gomiti, le pieghe ascellari anteriori, la linea della vita, le cosce, l'ombelico, i genitali, la parte inferiore delle natiche, l'addome, i capezzoli, i contorni esterni dei piedi. Nei bambini di meno di due anni, l'eruzione è spesso vescicolare e localizzata sulla testa, collo, palmo delle mani e pianta dei piedi. Possibili lesioni da grattamento e sovrapposizioni batteriche.

La scabbia norvegese è una forma non comune particolarmente intensa caratterizzata da lesioni ipercheratosiche crostose. La scabbia è diffusa in tutto il mondo e colpisce tutte le razze e le classi sociali indipendentemente dall'età, dal sesso e dall'igiene personale.

Tempi di segnalazione:

- se focolaio epidemico entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica;
- se caso sporadico entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

4-6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza, da 1 a 4 giorni in caso di re-infestazione.

Periodo di contagiosità:

per tutto il periodo in cui il paziente rimane non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi. Fino a che gli acari e le uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento.

Modalità di trasmissione:

contatto interumano stretto e prolungato compresi i contatti sessuali.

Più difficile la trasmissione indiretta attraverso abiti o altri effetti personali.

Un soggetto immunocompromesso e, di conseguenza, altamente infettante, soprattutto quando la malattia non è stata ancora riconosciuta, può essere in grado di sostenere importanti epidemie anche in comunità caratterizzate da contatti occasionali.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

allontanamento da scuola o dal lavoro fino a 24 ore dopo l'inizio di un trattamento efficace.

Se ospedalizzato o istituzionalizzato, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

trattamento profilattico e sorveglianza sanitaria.

Educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

lavaggio ad acqua a temperatura superiore a 60° di lenzuola, coperte e vestiti utilizzati nelle 72 ore precedenti l'inizio della terapia.

I vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte, se possibile in un sacco di plastica chiuso, per una settimana, per evitare re-infestazioni.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Vaccino non disponibile.

Trattamento dei contatti:

- familiari, partners sessuali e contatti cutanei prolungati: trattamento profilattico specifico con scabicidei, simultaneo al trattamento del caso;
- in comunità con soggetti immunocompromessi possono essere trattati i contatti anche non stretti e personale di assistenza;
- le donne gravide vanno trattate solo in caso di malattia conclamata;
- i bambini vanno trattati con prudenza.

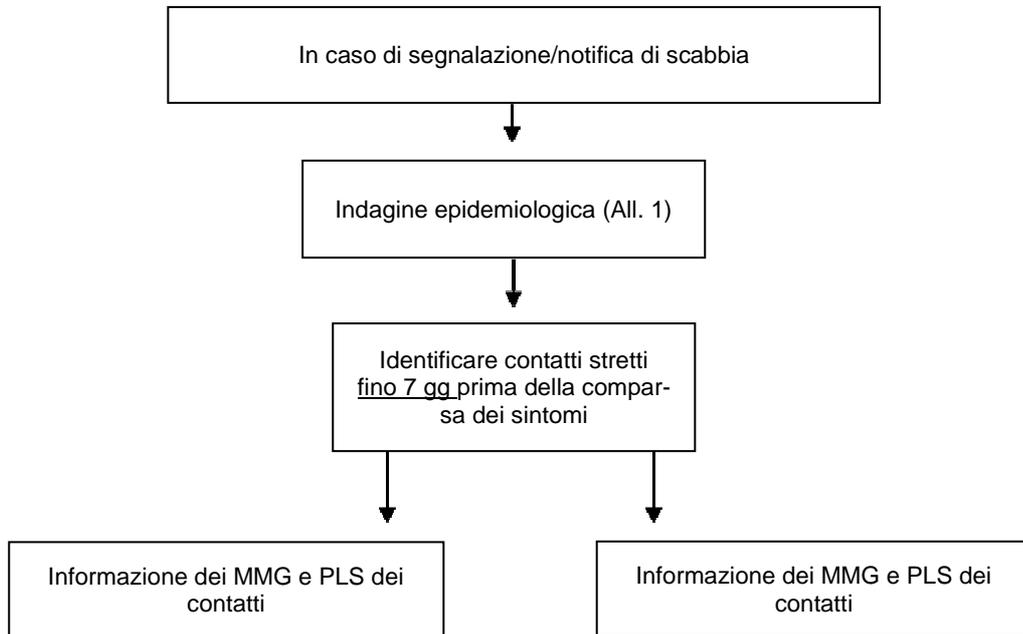
Flusso di segnalazione

SCABBIA



ISTRUZIONI OPERATIVE

SCABBIA



ALLEGATO 1

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER UN CASO DI SCABBIA

Notifica del _____

Cognome _____ Nome _____

Inizio sintomi il _____

di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____ Professione _____

Anno di arrivo in Italia _____ Medico curante _____

Vive in comunità _____ No Si Comunità coinvolta _____

Malattie concomitanti No Si Quali _____

Lesioni cutanee

Localizzate: sede e caratteristiche _____
che _____

Diffuse: sede e caratteristiche _____

DIAGNOSI CLINICA: _____ data _____

DIAGNOSI DI LABORATORIO:

Esame microscopico diretto: data _____ esito _____

DECORSO: Inizio terapia _____

Farmaci utilizzati: _____

Durata della terapia: _____ Risoluzione sintomi: _____

DATI EPIDEMIOLOGICI:

Nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi :

Pregressi contatti con soggetti affetti da lesioni cutanee sospette No Si

Se si: Visite ospedaliere nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

Ricoveri nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

Ricovero in stanza con soggetti affetti da prurito Si No

Uso di ambulanza da _____ a _____

Uso promiscuo di biancheria, asciugamani etc.: Si No

Pregressi soggiorni in località diverse dal Comune di domicilio nei 2 mesi precedenti la comparsa della sintomatologia: No Si

Tipo di sistemazione/alloggio _____

Località _____ dal _____ al _____

Località _____ dal _____ al _____

Frequenza a:

Palestre _____

- Piscine _____
- Centri diurni (doposcuola, etc.) _____
- Altro _____

CONTROLLO NEI CONFRONTI DEGLI ESPOSTI anche personale sanitario e di assistenza

Nome	data di nascita	professione	sintomi	Esame clinico	data	esito

- NOTE: _____
- consegna materiale informativo a tutti i contatti \familiari\badanti

Data _____ Il Compilatore _____

ALLEGATO 2 INFORMAZIONI SULLA SCABBIA

COS'E' LA SCABBIA?

La scabbia è una malattia della pelle diffusa in tutto il mondo, in costante aumento in Europa, causata da un parassita: *Sarcoptes scabiei hominis*.

COME SI TRASMETTE?

Si trasmette facilmente, attraverso il **CONTATTO DIRETTO** con un malato. L'occasione di contagio più frequente è rappresentata dai rapporti intimi, dalla stretta coabitazione e pertanto, in generale, dall'ambiente familiare e dalla convivenza in collettività (collegi, caserme, case di riposo, ospedali etc.).

Una seconda modalità di contagio è di tipo **INDIRETTO**, cioè attraverso effetti lettereci, asciugamani, indumenti, scarpe, pettini etc., dove l'acaro può sopravvivere 24-48 ore dall'ultimo contatto con il malato.

COME SI MANIFESTA?

Il periodo di incubazione dura in media 4-6 settimane in caso di primo contagio, mentre è di circa una settimana nelle reinfestazioni.

Il paziente accusa **INTENSO PRURITO**, soprattutto **NOTTURNO**, che risparmia il viso e il cuoio capelluto. L'eruzione scabbiosa è caratterizzata dalla comparsa di cunicoli, cioè piccoli rilievi della cute allungati, serpiginosi, che interessano gli spazi tra le dita delle mani e dei piedi, la superficie interna dei polsi, i gomiti, le ascelle, le zone glutee, la regione periombelicale, la superficie interna delle cosce e i genitali.

Le **LESIONI DA GRATTAMENTO**, dovute all'intenso prurito, possono essere così importanti da rendere difficile la diagnosi clinica.

La comparsa di prurito notturno, anche nel coniuge o negli altri componenti della famiglia o della collettività, costituiscono elementi importantissimi per la diagnosi della malattia.

COSA DEVE FARE CHI E' STATO A CONTATTO CON UN MALATO?

I soggetti conviventi o che abbiano avuto contatti cute-cute prolungati nel tempo, dovrebbero essere sottoposti a trattamento anche se non presentano sintomi.

COMPORAMENTI CORRETTI DA OSSERVARE:

La disinfezione dell'ambiente non è di alcuna utilità, è sufficiente un'accurata pulizia dei locali.

La biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente, fino a trattamento concluso, dovranno essere lavati a 60°. Gli indumenti che non si possono lavare in questo modo devono essere chiusi in sacchetti di plastica per una settimana e successivamente lavati secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso.

Per gli arredi ed effetti lettereci si consiglia l'uso di elettrodomestici che impiegano vapore o devono essere trattati come al punto precedente.

Chi cura il malato deve indossare guanti puliti da gettare dopo l'uso, evitando la manipolazione di oggetti personali del malato a mani nude; è consigliabile l'uso di camici di protezione da rimuovere all'uscita dalla stanza e da trattare come al punto 2.

La biancheria del letto dovrà essere rimossa evitandone lo scuotimento.

Le attrezzature e gli strumenti usati dal paziente (padelle, termometri, apparecchi per la pressione etc.) dovranno essere accuratamente puliti e disinfettati.

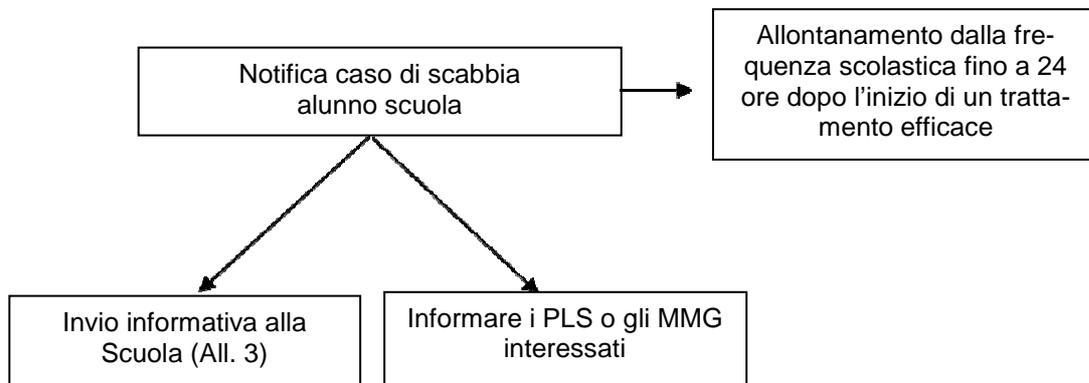
Deve essere limitato il contatto del malato con altre persone se non strettamente necessario.

TRATTAMENTO:

permetrina 5% in pomata, in crema base, su tutto il corpo, la sera prima di coricarsi, o Benzoato di Benzile 25% o 10% secondo la posologia indicata dallo specialista o dal foglietto illustrativo del farmaco.

ISTRUZIONE OPERATIVE:

SCABBIA SCUOLE



ALLEGATO 3 - INFORMATIVA PER LA SCUOLA

.....li,.....

Linee Guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto
(tratto da DGR 877 del 11 marzo 1997)

Agente eziologico: *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*

Serbatoio di infestazione è l'uomo

Modalità di contagio

- contatto diretto: cute – cute
- contatto indiretto (meno frequente) ad es. attraverso la biancheria contaminata da poco tempo e attraverso strumenti (sfigmomanometro, ...); gli acari al di fuori della pelle hanno una sopravvivenza molto limitata)

Periodo di incubazione: 2 – 6 settimane

Misure da adottare per i contatti (familiari non sintomatici e persone con contatti cutanei prolungati con persone infette)

- terapia specifica
- educazione sanitaria sulle modalità di trasmissione e di disinfestazione di indumenti e altri oggetti

Contatti da trattare: familiari (prudenza per i bambini)
 partners sessuali

Disinfestazione

La disinfestazione ambientale non è di alcuna utilità

- a) **Indumenti:** la biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente nei tre giorni precedenti la diagnosi a fino a trattamento concluso devono essere lavati utilizzando il lavaggio superiore a 60° (poiché a quella temperatura l'acaro muore). Gli indumenti che non si possono lavare in questo modo (es. calzature, cappelli, ecc) devono essere lavati secondo le specifiche istruzioni per tipo di capo e successivamente chiusi in sacchetti di nylon per una settimana
- b) **Arredi ed effetti lettereschi:** per la pulizia di materassi, divani, cuscini, moquette si consiglia l'impiego di elettrodomestici che impiegano il vapore. In alternativa, i materassi ed i cuscini è utile che vengano avvolti in sacchi di nylon per una settimana, tenuti a parte in ambiente chiuso e trattati con insetticida
- c) **Casa:** la pulizia della casa avviene come di norma, avendo particolare cura per gli angoli e le intercapedini dove è più difficile eseguire una pulizia accurata. La disinfestazione ambientale vera e propria non è indicata perché l'acaro sopravvive non più di qualche giorno se non è in contatto con la pelle

Misure in caso di epidemia

1) Paziente fonte a bassa infettività

- a. se il paziente fonte è un soggetto immunocompetente la probabilità che dia origine a casi secondari conseguenti a contatti occasionali è molto bassa;

- b. epidemie a partenza da questi soggetti presuppongono pertanto un contatto prolungato e si hanno, in genere, solo tra soggetti conviventi o contatti sessuali: epidemie intrafamiliari;
- c. non si ritiene, di regola, opportuno il trattamento dei contatti anche se di comunità infantili e pertanto il trattamento profilattico deve essere limitato ai soli familiari e partners di casi immunocompetenti;
- d. in particolare, nelle comunità infantili, se il caso fonte è immunocompetente, è possibile ma molto raro che si verifichino ulteriori casi conseguenti all'esposizione comunitaria; pertanto non si ritiene opportuno trattare tutti i contatti nell'ipotesi di evitare il trattamento agli eventuali rari casi secondari considerato che in questo tipo di comunità non è prevedibile lo svilupparsi di una epidemia

2) Paziente fonte ad alta infettività

L'infettività di soggetti con immunocompromissione (HIV positivi, anziani, ecc) è invece molto più elevata

a) Comunità di soggetti immunocompetenti

Un paziente altamente infettante può essere in grado di sostenere importanti epidemie anche in comunità caratterizzate da contatti occasionali

b) Comunità di soggetti immunocompromessi

In queste situazioni le epidemie di scabbia possono determinare tassi di attacco cumulativi molto elevati sia a carico del personale di assistenza che degli altri ospiti sia immunocompetenti che immunodepressi

Queste epidemie possono essere di lunga durata e di difficile controllo. In questi casi occorre spesso eccedere nelle attività per tentare di contenerne la diffusione, ricorrendo anche a misure che in altre situazioni non sono utilmente applicabili.

AREA PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE

(dott.)

SHIGELLOSI

Descrizione:

l'infezione da *Shigella*, bacilli Gram-negativi appartenenti alla famiglia delle *Enterobacteriaceae*, colpisce principalmente l'intestino crasso provocando manifestazioni che vanno da feci acquose o semiliquide con pochi o assenti sintomi, fino a manifestazioni più gravi con febbre, crampi, tenesmo e feci mucide con o senza sangue. Rare sequele sono la batteriemia, la sindrome di *Reiter*, la sindrome emolitico-uremica, megacolon tossico e perforazione del colon, l'encefalopatia tossica fulminante (*ekiri*).

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

1 a 7 giorni, abitualmente è di 1-3 giorni.

Periodo di contagiosità:

durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abitualmente 4 settimane).

Modalità di trasmissione:

la via di trasmissione è quella oro-fecale; l'ingestione di cibo e acqua contaminati, il contatto con vomiti e i rapporti sessuali.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche, nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coproculture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico.

In caso di positività persistente il soggetto, una volta dimesso, andrà sottoposto a sorveglianza sanitaria fino a negativizzazione, con allontanamento dalle attività che comportino direttamente o indirettamente la manipolazione di alimenti e dalle attività di assistenza sanitaria e all'infanzia.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per almeno 7 giorni dall'ultimo contatto con il paziente ed effettuazione di coprocultura di controllo per i conviventi ed i contatti sintomatici; trattamento dei positivi.

Coprocultura di controllo nei conviventi e contatti, anche asintomatici, impegnati in attività che comportino manipolazione di alimenti o assistenza sanitaria all'infanzia e loro esclusione da tali attività in caso di risultato positivo.

Coprocultura di controllo nelle situazioni in cui sia verosimile un alto rischio di trasmissione.

Educazione sanitaria dei conviventi e dei contatti sulla necessità dell'accurato lavaggio delle mani e dello spazzolamento delle unghie dopo l'uso dei servizi igienici e prima della manipolazione di alimenti o della cura di malati e bambini.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne).

Provvedimenti sull'ambiente:

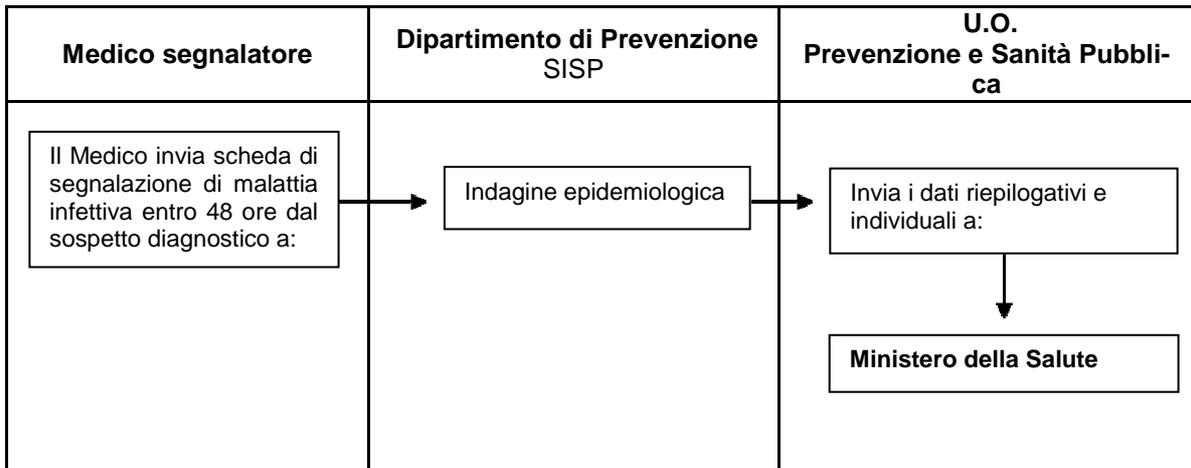
essenziale la stretta osservanza del lavaggio delle mani. Altre importanti misure sono il controllo igienico-sanitario della fornitura dell'acqua, la corretta preparazione dei cibi, l'eliminazione delle acque di scolo, l'esclusione dei soggetti infetti dalla preparazione di alimenti; la non contaminazione del cibo da parte di mosche. Persone con diarrea non devono frequentare zone ricreative acquatiche per due settimane dopo la risoluzione dei sintomi.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna.

Flusso di segnalazione

SHIGELLOSI



TETANO

Descrizione:

malattia neurologica causata da una neurotossina prodotta dal batterio anaerobio *Clostridium tetani* cresciuto in una ferita contaminata. Si manifesta con trisma cioè la contrattura del muscolo massetere, che dà al volto del paziente un aspetto caratteristico (riso sardonico), seguito da rigidità del collo, difficoltà di deglutizione, rigidità dei muscoli addominali. L'insorgenza è graduale, in 1-7 giorni e si arriva a una contrazione generalizzata dei muscoli spesso aggravata da un qualsiasi stimolo esterno.

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

generalmente varia da 2 giorni a mesi.

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona.

Modalità di trasmissione:

- attraverso ferita puntiforme contaminata con terreno, polvere di strada o feci animali o umane;
- attraverso lacerazioni, ustioni e ferite banali o non notate;
- iniezione di droghe da strada contaminate;
- a seguito di manovre chirurgiche, inclusa la circoncisione; attraverso il cordone ombelicale a seguito del taglio con strumento contaminato (tetano neonatale nei Paesi in via di sviluppo).

Provvedimenti nei confronti del malato:

immunizzazione attiva.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

indagine sul caso per individuare le circostanze della ferita e la fonte di infezione. Rafforzamento dell'offerta dell'immunizzazione attiva ai soggetti suscettibili.

Provvedimenti sull'ambiente:

nell'evenienza rara di epidemia cercare droghe da strada contaminate.

Profilassi:

- **vaccinazione:** come da calendario vaccinale regionale. In caso di ferita seguire le indicazioni riportate in tabella.

Profilassi del tetano nel trattamento delle ferite

Storia vaccinale	Ferite minori, pulite		Tutte le altre ferite* DTPa, DT, Td**	
	Vaccino (DTPa, DT, Td**)	Ig Tetano	Vaccino (DTPa, DT, Td)**	Ig Tetano
Non vaccinato, stato immunitario sconosciuto o incerto	Sì	No	Sì	Sì
meno di 3 dosi	Sì***	No	Sì	Sì
3 o più dosi, con ultima somministrazione tra 5 anni e 10 anni	No	No	Sì	No
3 o più dosi, con ultima somministrazione da 10 o più anni	Sì	No	Sì	No

* ferite contaminate con sporcizia, feci, terriccio, saliva, ferite penetranti profonde, exeresi, avulsioni dentarie, ferite da proiettili, schiacciamento, ustioni e congelamento.

** per i bambini di età < a 7 anni utilizzare DTP o DT; per quelli > 7 anni Td (tipo adulto).

*** completare il ciclo vaccinale per le dosi rimanenti

Se sono passati meno di 5 anni dall'ultima dose non sono necessari richiami che potrebbero accentuare gli effetti collaterali.

Il paziente con infezione da HIV con ferite che espongono a rischio di tetano devono ricevere le Ig indipendentemente dalla loro situazione vaccinale.

Flusso di segnalazione

TETANO

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	U.O. Prevenzione e Sanità Pubbli- ca
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta dati principali e comunicazione immediata al Settore promozione e Sviluppo Igiene Sanità Pubblica (tel.,fax,e-mail: sanita.pubblica@regione.veneto.it) - Avvio indagine epidemiologica per ricerca fonte di contagio - Ricerca eventuali altri soggetti suscettibili per somministrazione immunoprofilassi - Completamento immunizzazione attiva al caso - Invio relazione conclusiva alla Regione 	<p>Invio scheda di notifica e relazione conclusiva del caso a:</p> <p>Ministero della Salute Fax 06.59943096</p> <p>ISS-CNESPS Fax 06.44232444</p>

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Descrizione:

malattie provocate dall'ingestione di alimenti contaminati da microrganismi nocivi oppure inquinati da tossine prodotte da questi ultimi, che si manifestano nella maggior parte dei casi con disturbi a livello digestivo e, in altri casi, con sintomatologia a carico di altri organi e apparati. Si conoscono oltre 250 agenti eziologici (batteri, virus, parassiti), alcuni dei quali sono di recente identificazione (patogeni emergenti). Le principali malattie, identificate anche nella sorveglianza comunitaria sono: Botulismo alimentare, Brucellosi, Infezione da *Campylobacter*, Colera, Criptosporidiosi, Echinococcosi, EHEC, Giardiasi, Leptosirosi, Listeriosi, Salmonellosi, Shigellosi, Intossicazioni da stafilococco, Streptococcosi beta-emolitiche, Toxoplasmosi, Trichinosi, Yersinosi. A queste vanno aggiunte le Epatiti virali, le Gastroenteriti da agente di *Norwalk* e le Gastroenteriti virali non specificate.

Tempi di segnalazione:

entro le 12, 24 o 48 ore a seconda della malattia, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza.

Scheda specifica di Flusso:

Botulismo	SI
Leptosirosi	SI
Tutte le altre	NO

Periodo di incubazione:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Periodo di contagiosità:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Modalità di trasmissione:

attraverso consumo di alimenti o acqua contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

allontanamento dei soggetti sintomatici da attività a rischio rispetto delle precauzioni standard in modo particolare per il materiale fecale.

Modalità di riammissione: in rapporto al tipo di tossinfezione e all'occupazione lavorativa del paziente o frequentazione di collettività (es. asili nido, scuole materne, etc.).

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

- sorveglianza delle persone;
- ricerca attiva di altri casi di malattia;
- ricerca di casi asintomatici di infezione anche attraverso esami di laboratorio in specifici casi;
- esecuzione di indagini epidemiologiche al fine di identificare l'eventuale fonte di contagio utilizzando preferenzialmente questionario guidato (Allegato 3 delle Istruzioni operative);
- educazione sanitaria in modo particolare comportamentale (lavaggio delle mani, modalità di corretta conservazione degli alimenti, etc.).

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca dell'agente patogeno negli alimenti o nell'acqua che dall'indagine epidemiologica sembrano avere un ruolo nell'infezione umana in collaborazione con il SIAN e i Servizi Veterinari.

Disposizioni mirate per eventuali bonifiche dei foci infettivi.

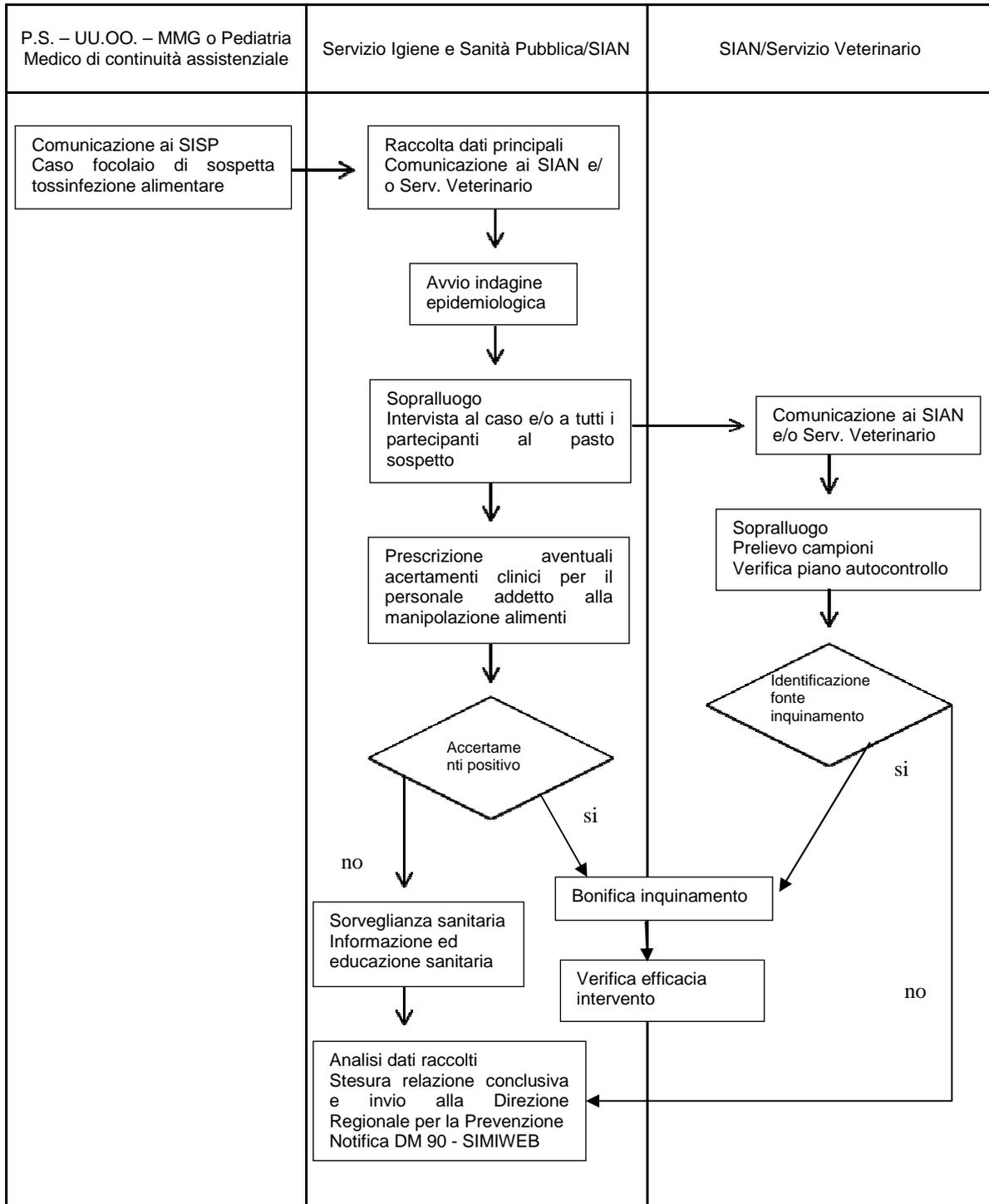
Eventuali sanificazione e disinfezione di superfici e ambienti.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna.

ISTRUZIONI OPERATIVE

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI



TRICHINOSI

Descrizione:

è una zoonosi causata da vermi cilindrici (nematodi) appartenenti al genere *Trichinella*, un parassita che inizialmente si localizza a livello intestinale per poi dare origine a larve (trichinie) che migrano nei muscoli, dove si incistano. Nell'uomo il quadro clinico varia da infezioni asintomatiche a casi particolarmente gravi, letali, fulminanti a seconda del numero di larve ingerite.

I sintomi sono caratterizzati da diarrea, debolezza muscolare, mialgie, sudorazione, edemi delle palpebre superiori, fotofobia e febbre; talvolta sono presenti emorragie congiuntivali e sottungueali. Possono insorgere complicanze respiratorie e neurologiche, nei casi più gravi la morte avviene per insufficienza miocardica.

La patologia è presente in diverse zone del mondo, ma l'incidenza varia a seconda delle abitudini alimentari e delle modalità di preparazione della carne di maiale o di selvaggina.

I casi in genere sono sporadici o in forma di epidemie localizzate, attribuibili spesso al consumo di salsicce o di altri derivati della carne di maiale o equina.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

8-15 giorni dopo l'ingestione di carne infetta; varia tra 5-45 giorni, a seconda del numero di parassiti coinvolti. I sintomi gastrointestinali si sviluppano in pochi giorni.

Periodo di contagiosità:

non è trasmessa direttamente da persona a persona. Gli animali ospiti rimangono contagiosi per mesi.

Modalità di trasmissione:

avviene esclusivamente attraverso il consumo di carne cruda o non sufficientemente cotta, contenente le larve del parassita. In Italia il veicolo di trasmissione è la carne suina (maiale o cinghiale), equina e più raramente di carnivori selvatici (volpe).

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento: nessuno.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione. Controllare le persone che hanno consumato la carne sospetta.

Provvedimenti sull'ambiente:

educare la popolazione sulla necessità di consumare la carne ben cotta; la selvaggina e i maiali macellati a domicilio devono essere esaminati da un veterinario per determinare l'eventuale presenza di larve nelle carni.

Per distruggere le larve è bene congelare la carne per almeno 1 mese a -15°C o per 10 giorni a -23,3°C. La salatura, l'essiccamento, l'affumicamento e la cottura nel forno a microonde della carne non assicurano l'uccisione del parassita.

Profilassi:

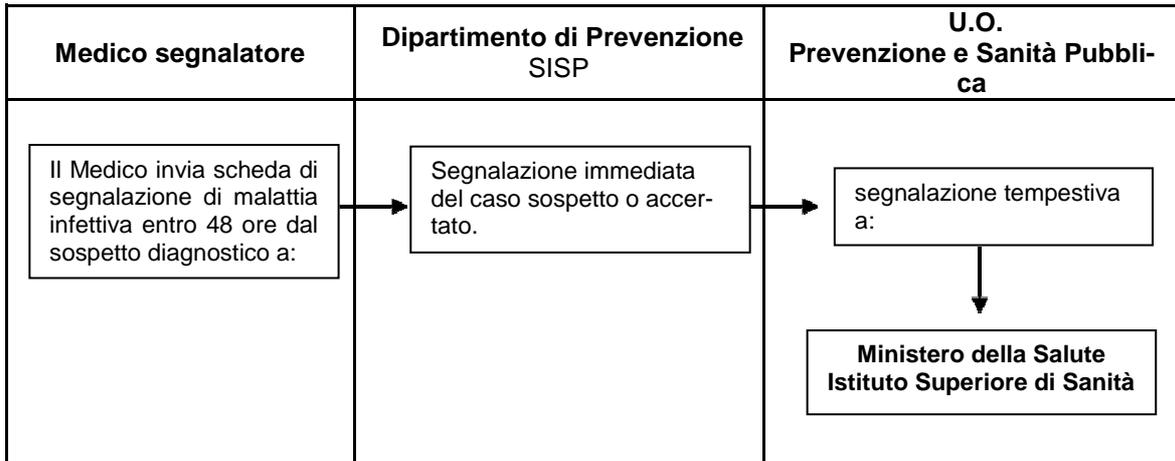
- **vaccinazione e chemioprolifassi:** non disponibile.

In caso di epidemia:

indagine epidemiologica per individuare i cibi infestati; confiscare ed eliminare i cibi infetti.

Flusso di segnalazione

TRICHINOSI



TUBERCOLOSI

Descrizione:

malattia causata da *Micobacterium tuberculosis complex* che, dopo la prima infezione polmonare, può colpire qualsiasi organo e apparato. Ai sintomi comuni, quali febbre, soprattutto serotina, sudorazione notturna, calo ponderale, astenia, inappetenza, si aggiungono quelli legati allo specifico organo colpito. Il sintomo più comune della TB polmonare è la tosse produttiva e persistente.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

- scheda di notifica per TBC e Micobatteriosi;
- scheda di sorveglianza dell'esito del trattamento nella TBC polmonare.

Periodo di incubazione:

circa 4/12 settimane dall'infezione a una lesione primaria dimostrabile.

Periodo di contagiosità:

per i pazienti con TB polmonare, per tutto il tempo in cui vengono liberati nello sputo bacilli tubercolari vitali (paziente bacillifero). Si presume una contagiosità fino a tre mesi prima della diagnosi.

Modalità di trasmissione:

- attraverso nuclei aerei di goccioline prodotti da persone con TBC polmonare o laringea con la tosse, il canto o le secrezioni nasali;
- attraverso consumo di alimenti quali latte o formaggi non pastorizzati contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

- isolamento nel caso di paziente bacillifero: ospedaliero o domiciliare se ne ricorrono i presupposti (condizioni cliniche, condizioni abitative, adeguata assistenza e scrupoloso utilizzo di mascherina chirurgica al fine di evitare la diffusione);
- modalità di riammissione: certificazione del Medico che ha in cura il paziente per la riammissione in collettività, dopo verifica della cessata contagiosità (contemporaneità di: negatività dell'esame microscopico dell'espettorato, netto miglioramento della sintomatologia, assunzione di adeguata terapia per almeno 30 giorni);
- gestione del malato cronico: attivazione delle strutture territoriali di assistenza in caso di fallimento terapeutico (generalmente dovuto a MDR) e dell'isolamento domiciliare in caso di paziente bacillifero.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

- sorveglianza delle persone:
 - esecuzione dell'indagine epidemiologica con ricerca progressiva dei contatti stretti, regolari, occasionali; (di norma solo per TBC polmonare);
 - esecuzione dell'indagine tubercolinica o quantiferon nei contatti di TBC polmonare o in altri casi selezionati (al tempo 0 e dopo circa 2 mesi se negativi); Rx Torace e visita pneumologica qualora necessari;
 - somministrazione di eventuale chemioprolifassi ai contatti a rischio e in caso di ITBL.
- profilassi attiva e passiva:
Adeguato utilizzo di DPI nell'assistenza al paziente bacillifero
Vaccino BCG attualmente ancora registrato ma non disponibile (D.P.R. 465/2001).

		Scuola	Luogo di lavoro	Collettività
Contatto	Stretto	Studenti ed insegnanti della stessa classe	Dividono lo stesso ufficio con il caso	Compagni di camera, stanza di degenze
	Regolare	Frequentano regolarmente spazi comuni (palestra, mensa, laboratori, mezzi di trasporto, ecc)	Dividono regolarmente i pasti con il caso	Frequentano regolarmente spazi comuni (mensa, luoghi di relax, laboratori, ecc)
	Occasionale	Altri (es. aule della stessa sezione o piano)	Altri (es. uffici dello stesso piano)	Altri (es stesso reparto)

Provvedimenti sull'ambiente:

adeguata aerazione dei locali; pulizia accurata degli ambienti e delle suppellettili; adeguato smaltimento delle secrezioni respiratorie.

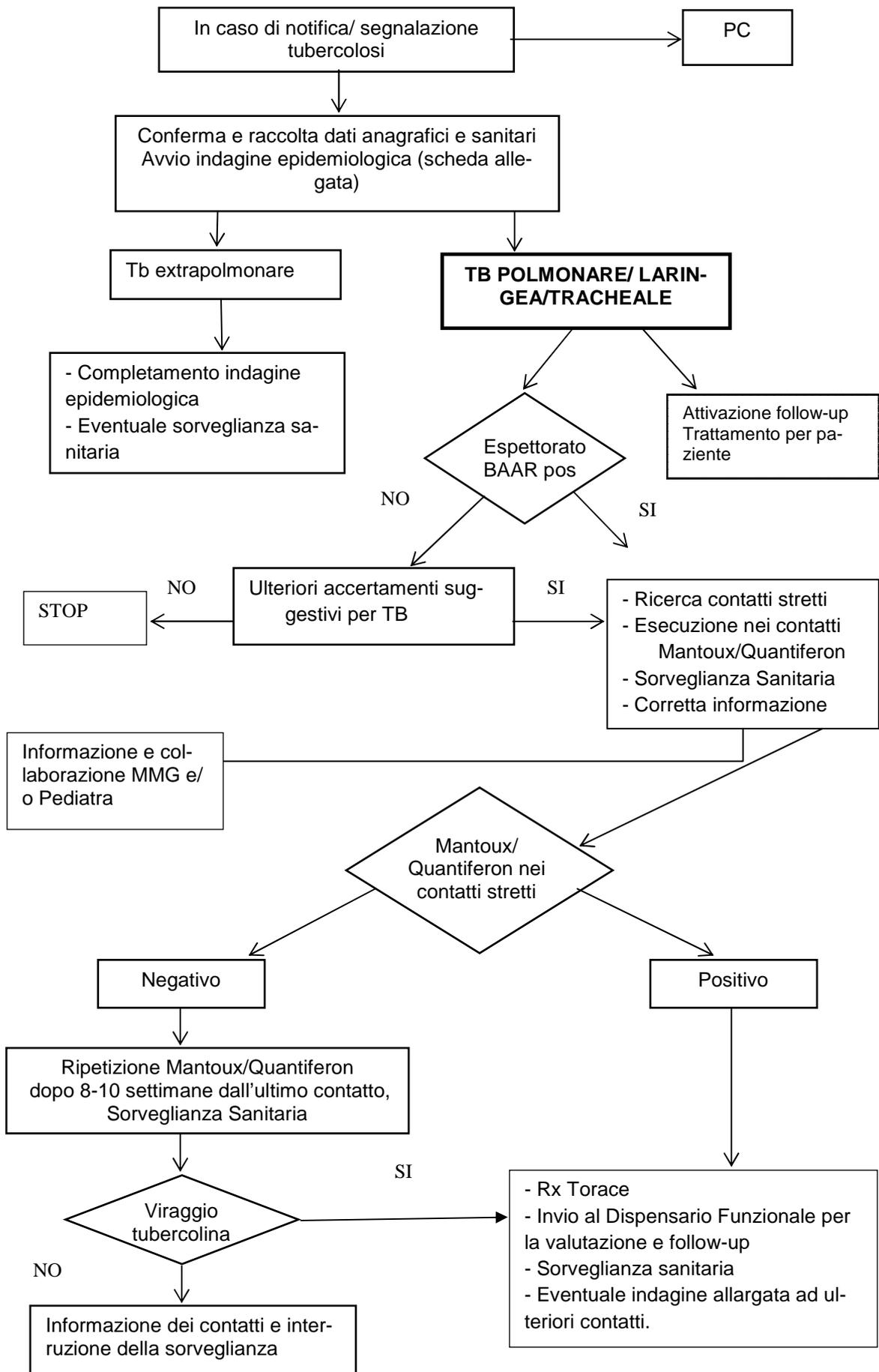
Flusso di segnalazione

TUBERCOLOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Il SISP della ASL di notifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Notifica dei casi accertati tramite la scheda di notifica di classe III. Notifica di tutti i nuovi casi e delle recidive di Tb attiva polmonare ed extrapolmonare e i casi individuati con diagnosi autoptica. - Se trattasi di singoli casi facenti parte di uno stesso focolaio epidemico di malattia tubercolare dovranno essere notificati e inviati in Regione con i tempi previsti dal DM/90 per le malattie di classe I, quindi entro le 12 ore. Successivamente dovrà essere inviata una relazione sul focolaio stesso non appena conclusa l'indagine epidemiologica. - Segnalazione del caso alla ASL di competenza se il paziente è residente o domiciliato in altra ASL - Inserimento della notifica in SIMIWEB <p>Il SISP della ASL di residenza o domicilio: Inserisce in SIMIWEB, nella sezione Sorveglianza dell'esito, la scheda di sorveglianza sull'esito del trattamento solo per i soggetti con tubercolosi polmonare.</p>	<p>U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica</p> <p>Dorsoduro 3494/a 30125 Venezia Fax 041.2791355</p> <p>e-mail: sanita.pubblica@regione.veneto.it</p>

Il dispensario funzionale deve rilasciare ai pazienti aventi diritto la certificazione valida ai fini dell'erogazione del sussidio di indennità tubercolare dell'INPS.

ISTRUZIONI OPERATIVE TUBERCOLOSI



WEST- NILE (infezione da virus)

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus West Nile (*Arbovirus*), trasmesso dalla puntura di zanzare infette all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli. Le zanzare appartengono al genere *Culex* (*C. univittatus*, *C. modestus*, *C. pipiens*, *C. restuans*), mentre come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, dove il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese.

La maggior parte delle persone infette non manifesta sintomi (80%). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Meno dell'1% sviluppa una malattia neuroinvasiva, come meningite, encefalite o paralisi flaccida. Il rischio di malattia neuroinvasiva aumenta con l'età ed è più elevato fra gli adulti di oltre 60 anni.

Epidemie di malattia sono segnalate in numerosi Paesi dell'Africa settentrionale e nel Medio Oriente, recentemente anche in alcuni Paesi europei (tra cui l'Italia) e gli Stati Uniti.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione va da 2 a 14 giorni dopo la puntura infettante, fino a 21 giorni negli immunocompromessi.

Periodo di contagiosità:

il virus può essere trasmesso attraverso il sangue. Vanno esclusi dalle donazioni per 28 giorni coloro che hanno soggiornato almeno una notte in zone endemiche.

Modalità di trasmissione:

la malattia è trasmessa prevalentemente da zanzare del genere *Culex*, che pungono prevalentemente all'alba tramonto e nelle ore notturne. L'uomo rappresenta l'ospite definitivo in quanto le concentrazioni virali sono troppo basse per infettare la zanzara. Tuttavia il virus può essere trasmesso per trasfusione di sangue infetto e trapianto d'organo. Per la prevenzione dell'infezione è importante lo screening dei donatori di sangue e organi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non esiste terapia specifica, solo di supporto; ricovero necessario solo nei casi più gravi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno in particolare. Adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare.

Provvedimenti sull'ambiente:

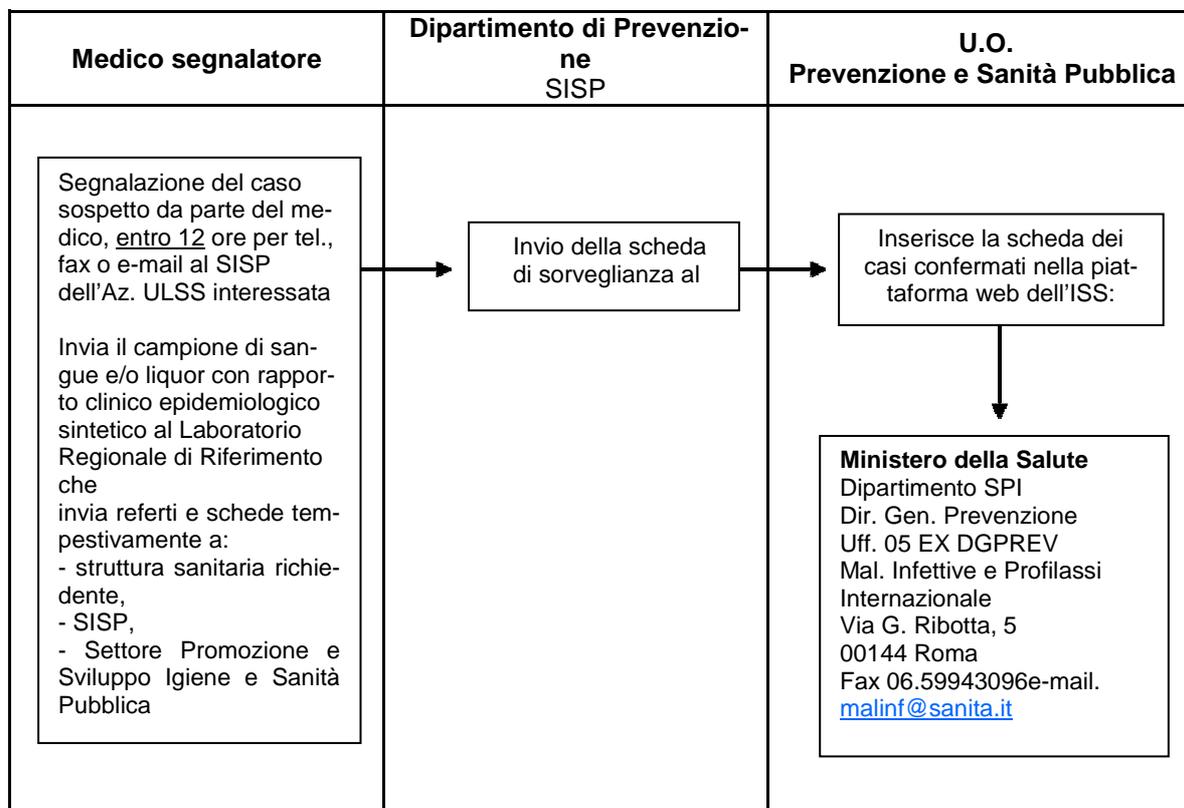
controlli periodici della popolazione di zanzare, periodici interventi di disinfestazione, eliminazione delle raccolte d'acqua, soprattutto in prossimità di abitazioni, applicazione di zanzariere alle finestre.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** vaccino non disponibile.

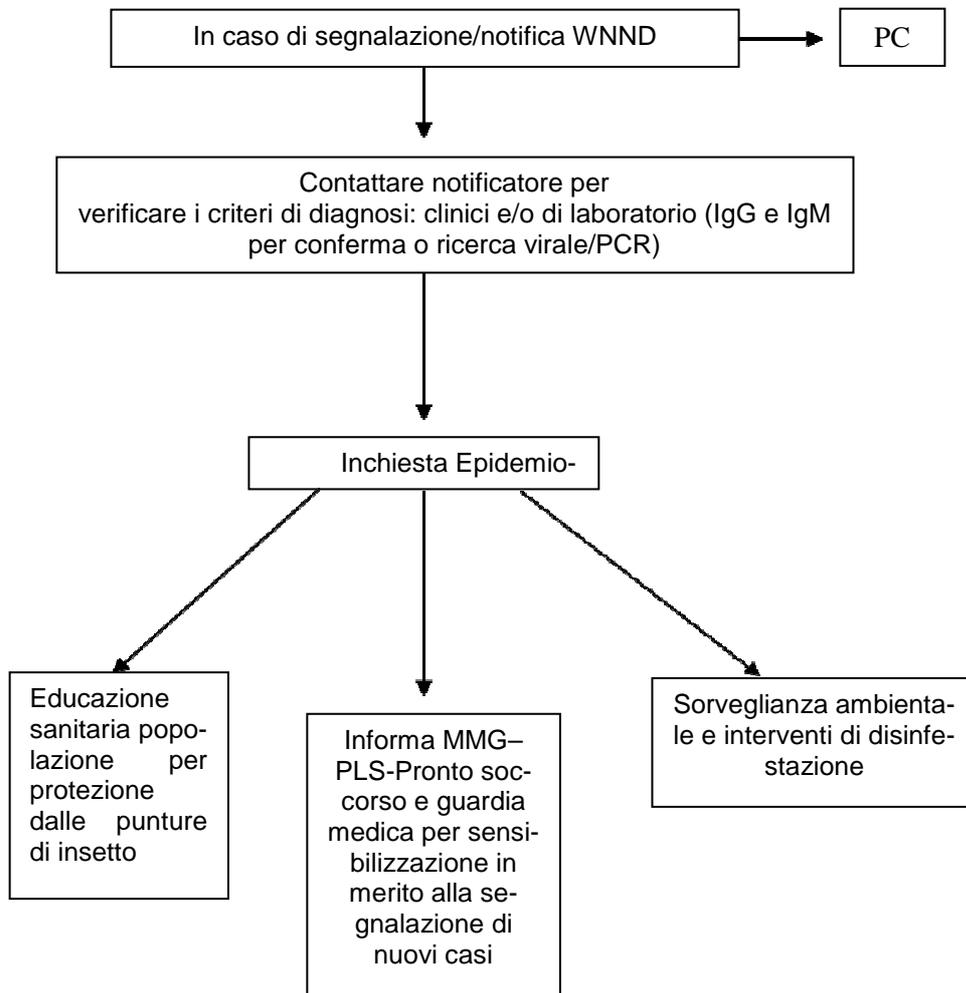
Flusso di segnalazione

WEST-NILE
(Sorveglianza rapida dei casi umani di sindrome neurologica da West-Nile)



ISTRUZIONI OPERATIVE

MALATTIA NEUROINVASIVA DA WEST NILE VIRUS (WNND)



ZIKA VIRUS (infezione da virus)

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus a RNA appartenente alla famiglia dei Flaviviridae, il Virus Zika è trasmesso attraverso la puntura di zanzare appartenenti al genere *Aedes* di cui l'*Aedes aegypti* è il vettore competente per le zone a clima equatoriale. Anche l'*Aedes albopictus* (zanzara tigre) potrebbe trasmettere la malattia.

Si stima che nell'80% dei casi l'infezione sia asintomatica. I sintomi, quando presenti, sono simili a quelli di una sindrome simil-influenzale autolimitante, della durata di circa 4-7 giorni, a volte accompagnata da *rash* maculo papulare, artralgia, mialgia, mal di testa e congiuntivite. Raramente è necessario il ricovero in ospedale.

Negli ultimi mesi, sono state raccolte evidenze crescenti di una possibile associazione con sdr. di Guillain-Barré, e soprattutto con gravi complicazioni in gravidanza, in particolare un rischio di microcefalia e altre complicazioni neurologiche nel nascituro.

Tempi di segnalazione:

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

dopo la puntura della zanzara infetta l'incubazione è di 3-13 giorni.

Periodo di contagiosità:

La trasmissione interumana è stata registrata in alcuni casi, pertanto è consigliabile la sospensione temporanea delle donazioni di sangue e di liquido seminale per 28 giorni dal rientro dalle aree colpite dallo Zika virus. La zanzara diventa contagiosa 8-12 giorni dopo aver ingerito sangue da paziente viremico e tale rimane per il resto della sua vita. La fase viremica nell'uomo dura circa 3-5 giorni.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione del virus Zika necessita dell'intervento del vettore zanzara, mentre tra le possibilità di trasmissione interumana diretta, senza l'intervento del vettore, compaiono anche la trasmissione perinatale, per via sessuale e tramite trasfusione.

Provvedimenti nei confronti del malato:

prevenire le punture di zanzara dei pazienti fino alla defervescenza (zanzariere, insetticidi).
Terapia di supporto (antipiretici) al bisogno.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria; si consiglia di astenersi dai rapporti sessuali, se non protetti e in caso di pianificazione di una gravidanza effettuare un counselling preconcezionale:

- Donna: nessuna evidenza che Zika causi infezioni congenite in gravidanze con concepimento avvenuto dopo la risoluzione della viremia materna (CDC apr 2016); comunque è opportuno che la donna esposta o con infezione da Zika debba attendere per un concepimento almeno 8 settimane dall'esordio dei sintomi ed usare metodiche contraccettive.
- Uomo: Zika è stato isolato nel liquido seminale dalla 2 settimana fino alla 10 settimane; il maschio con infezione da Zika deve attendere per un concepimento almeno 6 mesi dall'esordio dei sintomi. Se esposto asintomatico deve attendere per un concepimento almeno 8 settimane dopo la possibile esposizione.

Provvedimenti sull'ambiente:

- disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico;
- disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile. E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare po-

tenzialmente infette.

Vedi *flusso di segnalazione ed istruzioni operative in Chikungunya/Dengue/Virus Zika*

ALTRE INFEZIONI PER LE QUALI E' PREVISTO UN FLUSSO DI SORVEGLIANZA

INFEZIONI DA BATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI

Descrizione:

Negli ultimi anni in Italia si stanno diffondendo batteri Gram-negativi, appartenenti soprattutto alla famiglia degli Enterobatteri e alla specie *Klebsiella pneumoniae*, che risultano resistenti ai carbapenemi (es. imipenem e meropenem), farmaci fondamentali per la cura delle infezioni gravi causate da batteri multi-resistenti. La diffusione di Enterobatteri multi-resistenti in Italia rappresentano una minaccia per la sanità pubblica, in quanto sono frequentemente causa di infezioni, sia in ambito ospedaliero che comunitario. La *Klebsiella pneumoniae* rimane la specie maggiormente interessata, i vari tipi di carbapenemi sono stati descritti in altre specie batteriche, appartenenti alla famiglia delle Enterobacteriaceae: *Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, ecc.

Klebsiella pneumoniae: il serbatoio è l'uomo e varie specie animali (il germe è commensale del tratto intestinale e delle prime vie respiratorie). Largamente diffuso in natura: nelle acque, nel suolo e nei cereali. Può causare infezioni respiratorie (polmoniti, broncopolmoniti), urinarie, cutanee (ferite, ulcere, decubiti).

Escherichia coli: ospite abituale dell'intestino dell'uomo e di animali. Può causare infezioni urinarie, batteriemie, infezioni gastroenteriche.

Tempi di segnalazione:

invio della scheda di notifica entro 48 ore dalla conferma di laboratorio per *Klebsiella pneumoniae* o *Escherichia coli*

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione: specifico per patogeno

Periodo di contagiosità: i colonizzati possono diventare fonte di contagio per tutto il periodo di colonizzazione.

Modalità di trasmissione: durante il ricovero o trasferimento in reparti a rischio, quali terapia Intensiva, Oncologia, Ematologia, Neuro-Riabilitazione/Unità Spinale e Chirurgia dei Trapianti. Durante la degenza in strutture territoriali per anziani. Provenienza da altri paesi ove la diffusione di CPE (Carbapenemasi) è endemica. Gli operatori sanitari sono il veicolo principale di infezione per altri pazienti suscettibili a tali germi ove non vengano adottate le precauzioni necessarie ad evitare la trasmissione tra pazienti di tali germi, prima fra tutte il corretto lavaggio delle mani.

Provvedimenti nei confronti del malato: identificazione tempestiva dei pazienti infetti, sorveglianza attiva dei pazienti colonizzati. Le precauzioni da adottare al fine di evitare la trasmissione di colonizzazioni/infezioni ad altri pazienti da parte del personale di assistenza dipendono dalle modalità di trasmissione a loro volta legate al sito di colonizzazione/infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti: screening con tampone rettale dei pazienti –contatti del caso (paziente colonizzato o infetto da CPE) e dei pazienti ad alto rischio di colonizzazione al momento del ricovero; isolamento dei pazienti colonizzati/infetti (isolamento in coorte o stanza singola) e l'adozione, da parte del personale di assistenza, delle precauzioni da contatto nella gestione dei pazienti.

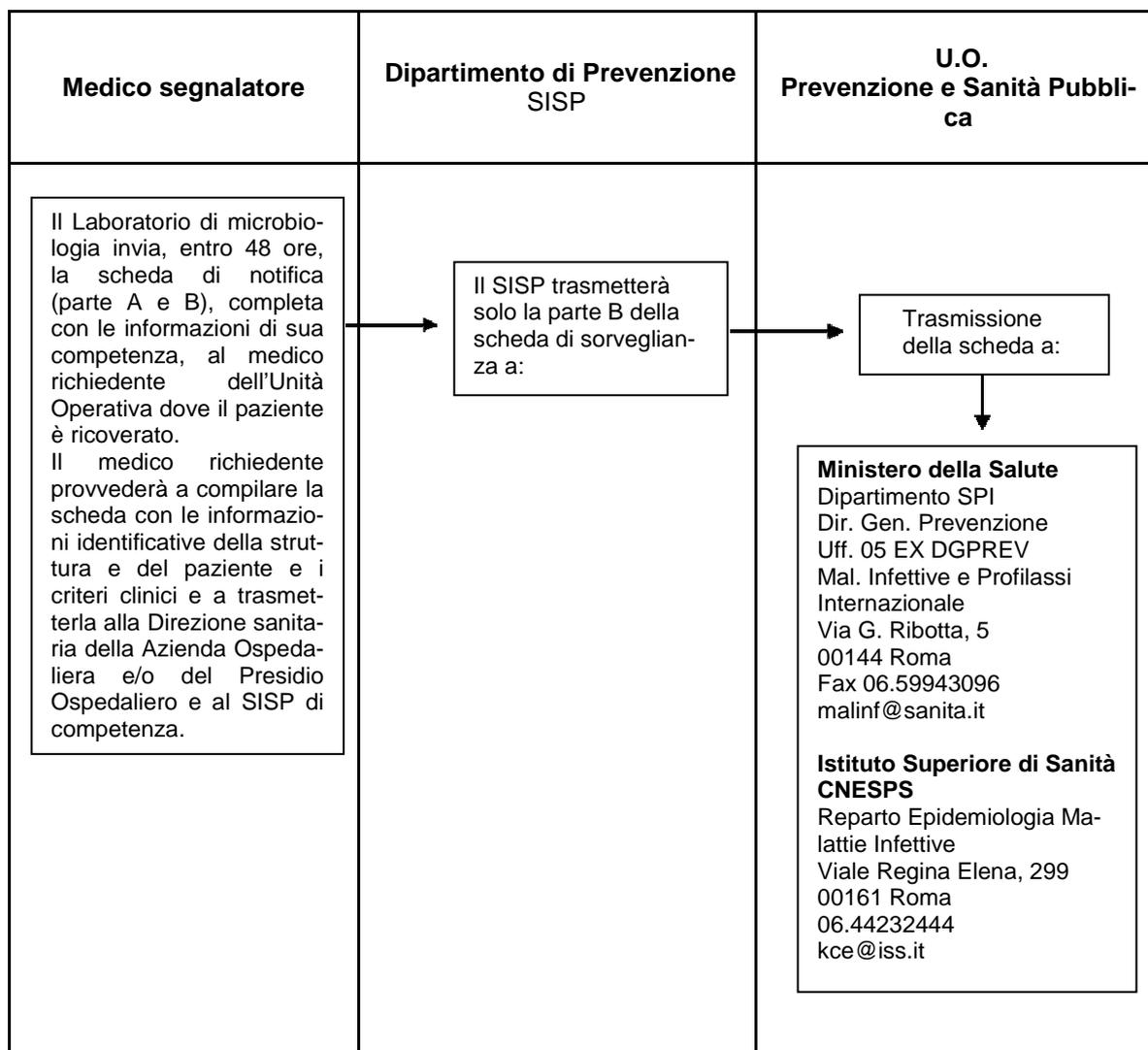
Provvedimenti sull'ambiente: utilizzo delle precauzioni da contatto da parte del personale sanitario: igiene delle mani prima e dopo il contatto con il paziente colonizzato o infetto da CPE, uso di guanti e sovra camice, intensificazione dell'igiene ambientale ecc.

Profilassi: vaccinazioni e chemioprolifassi

- **Vaccinazione e Chemioprolifassi:** nessuna.

Flusso di segnalazione

INFEZIONI DA BATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI



GLOSSARIO

Contatto (in senso lato): persona (o animale) che in seguito ad associazione con una persona (o un animale) infetta, abbia avuto la possibilità di acquisire l'infezione.

Contatti stretti: soggetti che frequentino "regolarmente" (quotidianamente) il domicilio del paziente, partners sessuali, compagni di classe, colleghi di lavoro che condividano la stessa stanza, operatori sanitari esposti.

Conviventi: tutti coloro che condividano con il paziente la stessa abitazione.

Disinfezione continua: disinfezione effettuata in modo sistematico su tutti i materiali biologici del paziente e su tutti gli oggetti da questi contaminati.

Disinfezione terminale: disinfezione dell'ambiente in cui ha soggiornato il paziente.

Isolamento: separazione, per il periodo di contagiosità, delle persone (o degli animali) infette dagli altri in ambiente e condizioni tali da prevenire o limitare la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo.

Isolamento domiciliare: allontanamento del paziente da tutte le comunità estranee allo stretto ambito familiare.

Isolamento stretto: si applica in caso di agenti altamente infettivi o molto virulenti che possono essere trasmessi per via aerea o per contatto diretto. E' richiesta una stanza separata per il paziente (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza), con sistema di ventilazione a pressione negativa, possibilmente dotata di anticamera, e con porte con chiusura a tenuta, nonché l'uso di mezzi di barriera ed indumenti protettivi, comprese le maschere dotate di respiratori, per tutte le persone che entrano nella stanza.

Isolamento da contatto: da applicare in caso di infezioni meno virulente, trasmesse per contatto diretto o semidiretto. E' indicata una stanza separata (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza) e l'uso di maschere per tutte le persone che vengono in contatto con il paziente; i guanti sono indicati nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e l'uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento.

Isolamento respiratorio: per prevenire la trasmissione per via aerea a breve distanza sono richiesti una stanza separata per il paziente (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza) e l'uso di mascherine per tutte le persone che vengono in contatto con il paziente. In caso di pazienti affetti da tubercolosi in fase contagiosa, è richiesto anche un sistema di ventilazione a pressione negativa e l'uso di maschere dotate di respiratori per tutte le persone che entrano nella stanza.

Precauzioni enteriche: uso di guanti nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento, per prevenire la trasmissione di infezioni trasmesse per mezzo del contatto diretto o indiretto con le feci. Una stanza ed un bagno separati sono indicati nel caso di scarsa igiene del paziente.

Precauzioni standard: complesso di pratiche, basate sull'assunzione che nel sangue o in altri fluidi biologici possano essere presenti HIV, HBV, HCV ed altri agenti patogeni a trasmissione parenterale per prevenire l'esposizione parenterale di mucose o di cute non intatta agli stessi. Si basano essenzialmente sull'uso di mezzi di barriera: guanti, camici, grembiuli, mascherine, occhiali protettivi, schermi facciali.

Precauzioni per secrezioni/drenaggi: uso di guanti per la manipolazione o il contatto con materiali contaminati, e di camici in caso di possibile insudiciamento, per prevenire la trasmissione di infezioni per contatto diretto o indiretto con materiale purulento o di drenaggio da un sito di infezione.

Quarantena (o contumacia): isolamento o restrizione dei movimenti, per la durata del periodo di incubazione, di contatti sani di un soggetto malato.

Sorveglianza sanitaria: obbligo di sottoporsi a controlli da parte dell'Autorità sanitaria, senza restrizione dei movimenti, per un periodo di tempo pari a quello massimo di incubazione della malattia.

Sorveglianza clinica: la ricerca giornaliera, in conviventi e contatti di un paziente affetto da malattia trasmissibile, di segni e sintomi riferibili ad essa.

BIBLIOGRAFIA

Antrace

Agenti biologici Categoria A (alta priorità) Ministero Della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Ufficio III 2001

Red Book 2009 XXVIII Edizione VII Edizione Italiana; American Academy of pediatrics. Pacini Editore

Botulismo

Linee Guida “l’indagine epidemiologica in caso di tossinfezione alimentare” CeRRTA Toscana

Brucellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Chikungunya

Comunicato n. 230 Ministero della Salute 30/08/2007 “Caso di infezione virale in provincia di Ravenna”

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. – 18^a Edizione.

Creutzfeld Jacob

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione-Dea Editrice

www.epicentro.it

Epatite A, B, C, D, E

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Febbri emorragiche virali (VHFs) Ebola e Marburg, Febbre di Lassa

Circ. n. 400.2/113.2.74/2808 dell’11.05.1995

Circ. n. 100/67301/4266 del 23.05.1995

Red Book XXVIII Edizione 2009, American Academy of Pediatrics

Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili – 18^a Edizione – David L. Heymann M.D. – Dea Editrice

CDC Health Information for International Travel 2012, THE Yellow book

Febbre tifoide

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Febbre Gialla

www.epicentro.it

<http://www.cdc.gov/yellowfever/index.html>

HIV

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

www.epicentro.iss.it

Infezioni da stafilococco

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Influenza

FAQ-influenza e vaccinazione antinfluenzale. Ministero della Salute.

http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=103

“Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili”, 18^a edizione DEA Ed.

Red Book 2009, AAP

Circolare ministero della Salute 12.01.2015 “Monitoraggio dell’andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2014-15”.

Nota Regione Veneto prot. 16098 del 14.01.2015 “Monitoraggio dell’andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale 2014-15”.

Legionella

“La legionellosi in Italia nel 2006” - Notiziario dell'ISS – Volume 21; numero 1, gennaio 2008; ISSN 0394 – 9303

Linee Guida EWGLI: “European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease”

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Leptosirosi

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Listeriosi

B.E.N.

I.S.S. INTERNET

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Malaria

CDC - Health information for International Travel - 2010 - The Yellow Book

“International Travel and Health” – WHO – 2010

“Linee Guida per la profilassi antimalarica” - Z. Bisoffi, G. Napoletano, F. Castelli, R. Romi. Giornale Italiano di Medicina Tropicale, Vol. 8, N 1-4, 2003

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^ Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Meningite meningococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^ Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Meningite pneumococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^ Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Morbillo

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^ Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

“Vaccini e vaccinazioni” - Giorgio Bartolozzi ; 2^ edizione

Morbo di Hansen

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

www.epicentro.iss.it

Poliomielite /Paralisi Flaccide Acute

www.epicentro.iss.it

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Rabbia

MMWR - Recommendations and Report – march 19, 2010/; Vol. 59/nr. RR-2 del 19/03/2010

Raccomandazioni WHO/EMC/ZOO/96.6 del 19/03/2010

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Rosolia, Rosolia in gravidanza/sindrome da rosolia congenita

Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Giugno 2000

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante: "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita" – Gazzetta Ufficiale N. 297 del 23 dicembre 2003. Suppl. Ordinario n. 195

Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili - Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association - J Chin - 17a edizione

Pink Book - CDC - 8^a ed. febb. 2004

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Salmonellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th Edition

Scabbia

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Shigellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Tossinfezioni alimentari

Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, 30th Edition

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Guida per le indagini sulle malattie trasmesse da alimenti. - Bryan FL e al.; 1989

Linee guida per le indagini su epidemie di salmonellosi di origine alimentare. - Greco D e al.; Rapporto ISTISAN 93/90

www.foodsafety.org

TBC

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

<http://www.cdc.gov/tb/>

<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>

West-Nile

Circolare n.400.3/3.2/4234 del 18.09.02 del Ministero della Salute "Sorveglianza delle infezioni da virus West Nile in Italia"

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

RIFERIMENTI NORMATIVI

RIFERIMENTI NORMATIVI GENERALI (malattie infettive)

- R. D. n. 1265 del 27/07/34 T.U.LL.SS. art.253-263 *“Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali”*
 - Decisione della Commissione del 19.03.02 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee-
“Definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza Comunitaria”
 - Decisione della Commissione del 17.07.03 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee
“Modifica decisione n.2119/98/CE, n.2000/96/CE, n.2002/253/CE”
 - Decisione della Commissione del 28.04.08 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee recante
modifica della decisione n.2002/253/CE che stabilisce la definizione dei casi della dichiarazione
delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria”
 - Circ. Min. Sanità n.° 4 del 13/03/98: *“Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti”*
 - Nota Reg. Veneto n.° 5443/20313 del 09/04/98- *“Protocollo di intervento per il controllo delle malattie infettive nella scuola elementare, media e superiore”*
 - Circ. Min. Sanità n.° 6 del 20/04/00 *“Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione”*
 - Nota regione Veneto n.° 6793/5003 del 09.05.2001 *“Soggiorni di vacanza per minori: requisiti sanitari per l'ammissione di minori ed adulti e aggiornamento della modulistica”*
 - Decreto Min. Sanità 15/12/90 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
 - Circ. Min. Sanità n. 36 del 17/12/90 *“Decreto ministeriale 15/12/90 concernente sistema informativo delle malattie infettive”*
 - D.P.R. n. 320 del 08/02/54 Regolamento di Polizia Veterinaria. Cap. II *“Malattie infettive e diffuse degli animali soggette a provvedimenti sanitari”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 28739/20313 del 08/10/91 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
 - Nota regione Veneto 826852/50.03.50 del 06.12.2005. *“Avvio nuovo flusso di sorveglianza con sistema SIMIWEB”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 848647/50.03.50 del 30/12/04 *“Invio nuova scheda segnalazione caso di malattia infettiva”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 28690/20313 del 05/07/93 *“Istituzione flussi informativi speciali: tubercolosi, malaria, meningite meningococcica e epatiti virali acute”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 08442/20313 del 03/06/97 *“Sorveglianza malattie infettive. Modelli flusso speciale malaria e meningite”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 366367 del 08/08/2012 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive – Invio nuova scheda di sorveglianza”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 500395 del 24.11.2014 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive – Trasmissione nuovo protocollo MIB e scheda di segnalazione”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 09147/20313 del 16/06/97 *“Sorveglianza della tubercolosi: modifica del flusso informativo e della scheda di notifica”*
 - Decreto Ministeriale 29/07/1998 G.U. n.200 del 28/02/98 *“Modificazione della scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare”*
 - Comunicazione ISS del 04/10/10 *“Questionario SEIEVA – ver. 9-2010”*
 - Comunicazione Reg. Veneto del 04/06/2014: *trasmissione nuova scheda SEIEVA vers. nov.2013*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 139474/50.03.50 del 12/03/10 *“Corretta procedura di notifica dei focolai epidemici di tubercolosi e notifica delle malattie infettive”*
 - Nota Reg. Veneto prot. n. 200935/50.03.50 del 10/04/09 *“Corretta procedura di notifica delle malattie infettive - integrazione”*
 - *“Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche”* anno 2010
- www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/
- *“Malattie infettive: sorveglianze speciali”* anno 2010
- www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/

RIFERIMENTI NORMATIVI, DISPOSIZIONI, LINEE GUIDA EMANATE PER SINGOLE PATOLOGIE IN ORDINE ALFABETICO

A.I.D.S.

- Circ. Min. Sanità n. 5 del 13/02/87 *Decreto ministeriale 28/11/86 - Modifiche al decreto ministeriale 05/07/75 riportante l'elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria*
- Legge n. 135 del 05/06/1990 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS"
- Circ. Reg. Veneto n. 35 del 28/11/94 *Ridefinizione del Sistema di Sorveglianza per l'infezione da HIV della Regione Veneto*
- Circ. Min. Sanità n. 16 del 08/06/95 *Revisione della scheda per la notifica dei casi di AIDS in adulti*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 9534/20313 del 28/12/95 *Invio nuova scheda del Sistema di Sorveglianza HIV*

BOTULISMO

- Circ. Ministero Salute prot. n.21834-P-12/10/2012
- "Sorveglianza, prevenzione e misure di controllo del botulismo"

COLERA

- Circ. Min. Sanità prot. n.° 400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94 *Linee guida per la prevenzione del colera*
- Nota Reg. n.408770/50.03.50 del 03.06.2005 *Nuovo vaccino anticolerico*

MERS –COV

- Nota Reg. Veneto prot. n. 210473 del 17/05/13 *Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo*
- Circ. Min. Sanità prot. n. 11311 del 16/05/13 *Infezione da nuovo coronavirus*

CREUTZFELDT-JAKOB (MALATTIA DI)

- Decreto Min. Salute 21.12.2001 *Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob*
- Nota Min. Salute 27.08.2002 *Malattia di Creutzfeldt-Jakob, chiarimenti in merito all'applicazione delle linee guida per l'assistenza ai pazienti e il controllo delle infezioni ospedaliere*

DIFTERITE

- Circ. Min. Sanità n.° 6 del 19/03/97 *Difterite: misure di profilassi, cenni di terapia*

EMOLITICO UREMICA (SINDROME)

- Nota Reg. Veneto prot. n. 49704/20313 del 17.11.93 *Sistema di sorveglianza della Sindrome Emolitico Uremica da VTEC*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 262479/05.02.00 del 31.05.2011 *Epidemia di sindrome emolitico-uremica in Germania.*

EPATITE A

- Circ. Min. Sanità prot. n. 11949 del 23/05/2013 *Individuazione di casi di epatite A in Italia*
- Circ. Ministero Salute DGISAN 50498-P- del 16/12/2013: *Epatite A e consumo sicuro di frutti di bosco. Richiesta diffusione locandina informativa*

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2.74/2808 del 11/05/95 *Febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa). Linee guida per la prevenzione ed il controllo*
- Circ. Min. Sanità prot.n. 100/673/01/4266 del 26/05/95 *Aggiornamento linee-guida per la gestione dei soggetti con sospetta febbre emorragica da virus Ebola*
- Circ. Ministero della Salute n. 24349 del 16 ottobre 2006 *Febbri emorragiche virali. Raccomandazioni e indicazioni per il trasporto.*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 172648 del 17/04/2014: *Invio circolare DGPREV9671-04/04/2014- Malattia virus Ebola (EVD) in Africa occidentale. Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali in Itali e documento di sintesi*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 365516 del 01/06/2014 *Invio protocollo regionale malattia da virus ebola*
- Circ. Ministero della Salute n. 22841 del 13.08.2014 *Segnalazione e gestione di eventuali casi*

sospetti di *Malattia da Virus Ebola (MVE)*.”

- Circ. Ministero della Salute n. 26377 del 01.10.2014 *“Malattia da virus Ebola (MVE) - Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale”*
- Circ. Ministero della Salute n.26708 del 6 ottobre 2014 *“Aggiornamento eds errata corrige nota circolare n. 26377 del01/10/14 Malattia da virus Ebola – Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale.”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 472711 del 07.11.2014 *“Trasmissione procedura regionale malattia da virus Ebola del 06.11.2014”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 485725 del 14.11.2014 *“Nota di integrazione Protocollo malattia da virus Ebola del 06.11.2014”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 527174 del 09.12.2014 *“Trasmissione documento di indirizzo regionale Malattia da virus Ebola”*
- Circ. Min. Sanità prot. n. 7565 del 13.02.2015 *“Malattia da virus Ebola in Africa occidentale (MVE). Sorveglianza sanitaria nei confronti di personale e organizzazioni non governative e coopera*

INFLUENZA

- Nota Reg. Veneto prot. n. 47692/50.03.50 del 09.10.2003 *“Vaccinazione contro l’influenza nelle persone sane. Vaccinazione contro l’influenza e SARS”*
- Nota Reg. Veneto prot. 21967/50.03.50 del 12.01.06 *“Protocollo per la gestione di un focolaio di influenza aviaria”*
- Nota Reg. Veneto prot. 444015/50.03.50 del 25.07.06 *“Linee guida per la gestione di un focolaio di influenza aviaria”*
- D.G.R. n.323 del 13f/02/2007 *“Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale”*
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali Ordinanza 04.05.2009 Ministero dell’istruzione, dell’Università e della Ricerca
- Direttiva ministeriale n. 45 del 05.05.2009
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.23277P del 20/05/2009 *“Sindrome influenzale da nuovo virus tipo A/H1N1 - Aggiornamento al 20/05/2009.”*
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.25263P del 01/06/2009 *“Rafforzamento delle attività di sorveglianza e raccolta dati su casi confermati da nuovo virus del tipo A/H1N1.”*
- Nota Reg. Veneto prot. 395229/50.03.50 del 17.07.2009 *“Indicazioni antivirali nuovo virus del tipo A/H1N1.”*
- Nota Reg. Veneto prot. 408974/50.03.50 del 23.07.2009 *“Influenza da nuovo virus A/H1N1.”*
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.34102 del 27/07/2009 *“Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della nuova influenza da virus influenzale A(H1N1).*
- Nota Reg. Veneto prot. 431238/50.03.50 del 31.07.2009 *“Protocollo per la gestione della sindrome influenzale del nuovo virus del tipo A/H1N1 versione 6.”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 210473 del 17/05/13 *“Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell’uomo”*
- Circ. Min. Sanità prot. n. 11313 del 16/05/13 *“Infezione da virus influenzale A (H7N9) nell’uomo”*
- Circolari e disposizioni annuali.

LEBBRA

- Conferenza Stato Regioni G.U.176/99 *“Linee guida per il controllo del morbo di Hansen in Italia”*

LEGIONELLOSI

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.3/9/380 del 06/03/00 *“Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi”*
- G.U. n.28 del 04.02.05 *“Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori delle strutture turistico-ricettive e termali”*
- Nota regione Veneto n. 272449/50.03.50 del 03.05.06 *“Invio nota ISS del 20 aprile 2006”.*
- Nota Ministero della Salute n.31301 del 18 dicembre 2006 *“Azioni di monitoraggio igienico-sanitario ed ambientale per la ricerca di Legionella pneumophila”.*
- Nota regione Veneto n. 437571 del 29.10.2015 *“Trasmissione DGRV n.1250 del 28.09.2015 recepimento Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi 2015”.*

LEPTOSPIROSI

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/2.5/2739 del 10/06/96 *“Sorveglianza delle leptospirosi umane”*

LISTERIOSI

- Nota Reg. Veneto prot. n. 42119/20311 del 22/09/93 "Notifica Listeriosi - D.M. 15/12/90"

MALARIA

Nota Reg. Veneto prot. n. 00646/20313 del 19/01/98 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria. Trasmissione circolare ministeriale"

Circ. Min. Sanità n.° 14 del 11/11/97 "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della malaria"

Circ. Min. Sanità n.° 36391 del 27/12/2016 "Prevenzione e controllo della malaria in Italia"

MALATTIE INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B E DA NEISSERIA MENINGITIDIS

Nota Reg. Veneto prot. n. 7462/20313 del 02/10/95 "Misure di sanità pubblica per la prevenzione dei casi secondari di malattie invasive da Haemophilus influenzae tipo "b" e da Neisseria meningitidis"

MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

Circ. Min. Salute 20 aprile 2007 "Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo"

Nota Reg. Veneto prot. n.° 622452/50.03.50 del 26/11/10 "Aggiornamento epidemiologico del morbillo nella Regione Veneto, 26 novembre 2010. Nuove disposizioni per invio campioni di materiale biologico"

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015"

Nota regione Veneto n. 343294 del 12/08/2013: Invio circolare "Sorveglianza della rosolia congenita a dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015"

PESTE

Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2.70/4210 del 28/09/94 "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della peste"

POLIOMIELITE

Circ. Min. Sanità prot. n. 400.3/28/352 del 26/01/98 "Sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) ai fini della certificazione dell'eradicazione della poliomielite"

Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/28/911 del 07/02/95 "Sorveglianza della paralisi flaccida acuta"

Nota regione Veneto n.3988/50.03.50 del 28.01.2003 "Sorveglianza delle paralisi flaccide acute"

Circ. Min. Sanità prot. n.° 400.3/28/1374 del 18/03/03 "Attività per l'eradicazione della poliomielite: stato della sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) e del contenimento di laboratorio dei poliovirus selvaggi in Italia"

Circ. Ministero Salute DGPRE 25801 del 19/11/2013: "Aggiornamento sullo stato delle paralisi flaccide acute e del contenimento di laboratorio dei polio virus selvaggi in Italia. Anni 2008-2012" 28 e 29/04/2014 Dichiarazione dell'OMS sulla riunione del comitato di emergenza regolamento sanitario internazionale riguardante la diffusione di polio virus selvaggio

Circ. Min. Salute prot. n. 12942 del 9.05.2014 "Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di polio virus in Italia"

Circ. Min. Salute prot. n.30756 del 20.09.2014 "Diffusione internazionale di polio virus selvaggi: aggiornamento delle raccomandazioni OMS"

RABBIA

Circ. Min. Sanità n. 36 del 10/09/93 "Trattamento antirabbico pre e post-esposizione"

Nota regione Veneto n.662705/50.03.50 del 26.11.2009 "Casi di rabbia silvestre nella provincia di Belluno: rafforzamento delle misure di prevenzione"

Nota regione Veneto n.680038/50.03.50 del 03.12.2009 "Vaccinazione antirabbica delle categorie a rischio"

Nota regione Veneto n.715668/50.03.50 del 23.12.2009 "Piano di vaccinazione delle volpi: implicazioni di sanità pubblica"

ROSOLIA E ROSOLIA IN GRAVIDANZA E SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

D.M. del 14/10/2004 "Sorveglianza nazionale della sindrome/infezione della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita"

C.M. esplicativa n. 2 del 5/08/2005 *“Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita”*, fornisce le informazioni cliniche, epidemiologiche e di laboratorio a supporto del D.M. sopraccitato

Circolare Ministero Salute n. 16471 del 17/07/2013 *“Sorveglianza della rosolia congenita e dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015”*

Nota regione Veneto n.343284 del 12/08/2013 *Invio circolare “Sorveglianza della rosolia congenita e dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015”*

SALMONELLOSI DA S. ENTERITIDIS

Circ. Min Sanità prot. n. 2426/EB/12 del 24/01/92 *“Provvedimenti urgenti per la notifica e il contenimento di epidemie da salmonella enteritidis”*

SCABBIA

Delibera Reg. Veneto n. 877 del 11/03/97 *“Linee guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto”*

TETANO

Circ. Min. Sanità n. 16 del 11/11/96 *“Tetano: misure di profilassi”*

Nota Reg. Veneto prot. n. 421178/05.02.00 del 13/09/11 *“Tetano: misure di profilassi”*

DGR n.2150 del 13/12/11 *“Misure di profilassi in materia di tetano:”*

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

D. Lgs. n.191 del 04/04/06 *“Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici”*

TUBERCOLOSI

Circ. Reg: Veneto n. 36 del 01/12/94 *“Attività di screening per il controllo della Tuberculosis”*

Nota Reg. Veneto prot. n. 6447/20313 del 30/04/97 *“Sorveglianza della tubercolosi”*

Del. Reg. Veneto n. 2824 del 05/08/97 *“Linee guida per la organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri”*

Nota Reg. Veneto prot. n.°8934/20313 del 10/06/98 *“Programma nazionale di controllo della tubercolosi. Il monitoraggio degli esiti del trattamento”*

Min. Sanità G.U. n.°40 del 18/02/99 *“Linee guida per il controllo della malattia tubercolare”*

DGR n.4290 del 29.12.2004 *“Istituzione del dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. Decreto Legislativo 31.03.1998 n.112, art 115.”*

Deliberazione Ulss n.1 n.977 del 31.08.2005 *“Istituzione del Dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. D. Lgs.31.03,98 n.112, art.115.”*

DGR n.2025 del 03.07.2007 *“Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC.”*

DGR n.2602 del 07.08.2007 *“Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC. Approvazione allegati ed integrazione”*

Ministero della Salute Guida 31 dicembre 2009 *“Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale”*

Ministero della Salute Raccomandazione 21 maggio 2010 *“Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi – politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata”*

Nota regione Veneto n.464328 del 04.11.2014 *“Approvazione delle linee guida regionali Prevenzione e sorveglianza della tubercolosi negli operatori sanitari. Aggiornamento e parziale modifica delle Linee guida approvate con DGR 2053 del 30.07.2007e integrate con DGR 602 del 07.08.2007. Trasmissione DGR 1875 del 14.10.2014”*

VARICELLA

Circ. Min. Sanità prot. n. 12/20/1142 del 10/03/92 *“Indicazioni della vaccinazione antivariella in categorie di soggetti a rischio”*

PREVENZIONE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

DGR n.342 del 14/02/2006 *“Linee guida per l’organizzazione e la gestione delle attività di disinfezione e disinfestazione da ratti e zanzare”*

Ordinanza 18/12/2008 *“Norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o bocconi avvelenati”*
Atto d’intesa tra comuni della Conferenza dei Sindaci e l’ULss n.1 (SISP) per la lotta agli insetti

molesti (zanzare e mosche) e ai ratti nel territorio dell'ULSS n.1 (DGR 324 del 14/02/2006)
ISS Rapporti ISTISAN 09/11 *“Linee guida per il controllo di culicidi potenziali vettori di arbovirus in Italia”*

AEDES ALBOPICTUS

Circ. Min. Sanità n.° 13 del 19/07/91 *“Sorveglianza sulla diffusione delle zanzare della specie Aedes albopictus”*

Circ. Min. Sanità n. 42 del 25/10/93 *“Sorveglianza sulla diffusione delle zanzare della specie Aedes albopictus”*

WEST NILE DISEASE

DGR n.3677 del 25/11/2008 *“Piano regionale di sorveglianza di West Nile Disease (WND). Approvazione:”*

Nota Coordinamento regionale per le attività trasfusionali prot. n.463/2010/V del 07/06/10 *“Azioni per la sicurezza trasfusionale: misure di prevenzione dell'infezione da W.N.”*

Circolare Min. Salute del 21 luglio 2010 *“Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010”*

Circolare Min. Salute del 17 agosto 2010 *“Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010: nota esplicativa alla circolare”*

MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

Circolare Min. Salute del 4 agosto 2006 *“Sorveglianza chikungunya o dengue”*

Nota Reg. Veneto prot. n.498961/50.03.50 del 11/09/07 *“Febbre da virus Chikungunya”*

Piano regionale per la lotta alla zanzara tigre e per la prevenzione delle malattie trasmesse dal vettore anno 2008

Nota regione Veneto n.406733/50.03.50 del 22.07.2009 *“Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya”*

Nota regione Veneto n.406234/50.03.50 del 27.07.2010 *“Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya”*

Nota regione Veneto n.316274/05.02.00 del 01.07.2011 *Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2011” – Protocollo di sorveglianza delle febbri estive, anni 2011-2012”*

Nota Reg. Veneto prot. n.377775 del 08/08/11 *“Sorveglianza e lotta al vettore chikungunya, dengue e west nile”*

Nota Reg. Veneto prot. n.377775 del 08/08/11 *“Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012” – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2012”*

Nota Reg. Veneto prot. n.130136 del 26/03/2013 *“Strategia operativa per il controllo delle malattie trasmesse da vettori”*

Nota Reg. Veneto prot. n.273038 del 26/06/2013 *“Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012” – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013”*

Nota Reg. Veneto prot. n.° 276936 del 27/06/2014: *Piano sorveglianza malattie trasmesse da vettori – anno 2014*

Nota Reg. Veneto prot. n.269376 del 30/06/2015 *“Piano di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori anno 2015”*

ZECCHE

Circ. Min. Sanità n.° 10 del 13/07/00 *“Malattie trasmesse da zecche: cenni di epidemiologia - misure di prevenzione”*.